

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 73

RECHERCHES CLINIQUES
SUR QUELQUES
POINTS DE SÉMIOLOGIE MÉDICALE
DU
CREUX AXILLAIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 13 novembre 1916

PAR

André PRATSICAS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
Interne à l'Hôpital 18

Né à Patras (Grèce), le 25 avril 1893



LYON
L. GODARD & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
9-11-14, rue Villeroi, 9-11-14.

1916

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 73

RECHERCHES CLINIQUES
SUR QUELQUES
POINTS DE SÉMIOLOGIE MÉDICALE
DU
CREUX AXILLAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 13 novembre 1916

PAR

André PRATSICAS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Interne à l'Hôpital 18

Né à Patras (Grèce), le 25 avril 1893



LYON

L. GODARD & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
9-11-13, rue Villeroy, 9-11-14.

1916

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE.
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	RCLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Physique médicale	LEPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MCREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TBSTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	CCOURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.,,	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LABOYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. WEILL, Président; COLLET, Assesseur;
MM. DEVIC et ARLOING, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dédie ce travail comme un modeste gage de mon profond amour et de mon infinie reconnaissance, pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MON ONCLE DEMETRIUS

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance, au souvenir de tout ce qu'il a fait pour moi.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de Clinique infantile à l'Université de Lyon.

Médecin des Hôpitaux.

Nous lui exprimons très respectueusement notre grande reconnaissance pour l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVIC

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARLOING

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Nous font le très grand honneur de faire partie de notre jury. Nous leur présentons notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie Pathologique à l'Université de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

Qu'il daigne agréer cette humble dédicace comme un faible gage de notre grande reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son laboratoire et dans son service de la Croix-Rousse et l'intérêt qu'il a porté à notre instruction pendant nos études.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RECHERCHES CLINIQUES

SUR QUELQUES

Points de Sémiologie Médicale

DU

CREUX AXILLAIRE

INTRODUCTION

Le creux axillaire constitue en pathologie une région essentiellement chirurgicale. Pourtant en clinique médicale elle offre un intérêt réel, non seulement théorique mais encore pratique, si on l'envisage en rapport avec les organes intra-thoraciques et surtout ceux de l'appareil respiratoire.

Ainsi considérée, la région axillaire possède une sémilogie médicale à elle, déjà assez étendue, au même titre que l'espace de Traube ou n'importe quelle autre région de la poitrine. Ce n'est pas une étude sémiologique complète de la région axillaire qu'on trouvera dans notre travail : pareille œuvre nous entraînerait trop loin. Nous avons étudié quelques points seulement de cette sémilogie, se rapportant à des signes d'une grande importance diagnos-

tique fournis par l'exploration du creux axillaire, au cours de quelques affections pleuro-pulmonaires que nous aurons à préciser.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous croyons utile de donner au lecteur quelques explications sur les idées directrices qui nous ont amené à entreprendre cette étude.

On sait que le diagnostic des épanchements pleuraux apparaissant soit à titre primitif, soit surtout à titre de complication à un état pulmonaire concomitant ou pré-existant, est souvent entouré de très grandes difficultés, les mêmes signes physiques pouvant relever aussi bien de l'at-teinte pleurale que de celle du parenchyme pulmonaire.

Notre excellent maître, M. le Professeur Mouriquand, le premier, dans un article publié dans le *Progrès Médical* « La valeur diagnostique de la matité axillaire » (13 juillet 1912) d'abord, ensuite dans une « Note sur les Complications pulmonaires des états typhoïdes pendant l'épidémie de l'hiver 1914-1915 », avait attiré l'attention sur l'importance qu'il y avait à explorer le creux axillaire au cours des affections pleuro-pulmonaires. Nous avons en l'attention attirée sur ces faits et, depuis que nous avons l'honneur insigne d'être l'interne de M. le Professeur Mouriquand, plus de 2.000 malades sont passés à la clinique et parmi eux un très grand nombre atteints d'affections pleuro-pulmonaires, les plus diverses. Sur son aimable instigation nous nous sommes appliqué à prendre des observations, à noter soigneusement sans parti-pris tous les faits qui s'offraient à notre observation et en ayant le regard plus particulièrement dirigé sur la région axillaire.

Ainsi nous avons recueilli un assez grand nombre d'observations, que nous avons ensuite compulsées et

comparées entre elles; nous avons vu, de cette façon, les notions qui constituent l'objet de notre thèse, sortir toutes seules de nos observations prises aussi rigoureusement que possible et sous le savant contrôle de notre maître M. le Professeur Mouriquand.

Nous ignorons si les faits rapportés dans ce travail ont vraiment la valeur que nous leur attachons; c'est à nos maîtres de la Faculté de se prononcer.

Mais en admettant que la valeur de ces faits soit démontrée bien faible, nous n'en aurons pas moins fait un effort consciencieux, mettant en œuvre la méthode d'observation clinique exacte dont les principes nous ont été enseignés avec un art et un sens clinique incomparables par notre maître M. le Professeur Mouriquand, à qui nous devons l'idée première de cette thèse. La direction scientifique qu'il a su donner à notre esprit, en nous montrant par sa grande expérience quelle était la voie à suivre, l'appui moral et les conseils éclairés qu'il nous a prodigués au début de nos recherches, quand, aux prises avec les difficultés de l'investigation scientifique et découragé, nous voulions renoncer à ce travail, enfin la bienveillance paternelle qu'il nous a témoignée, resteront profondément gravées dans notre mémoire et nous le prions publiquement de croire à notre éternelle et respectueuse reconnaissance.

Maintenant pour présenter les résultats de nos recherches d'une manière concise et méthodique, nous avons adopté le plan suivant : nous avons d'abord étudié l'anatomie de la région axillaire, son exploration clinique et les causes d'erreur à éviter dans cette exploration ; nous avons pensé qu'il était indispensable, avant de pénétrer dans le domaine de la clinique, d'avoir en mains des données anatomiques très précises sur la région axillaire.

Ensuite nous avons étudié les signes cliniques fournis par l'exploration de cette région au cours des différentes affections pleuro-pulmonaires, en prenant comme base de notre exposé, les méthodes classiques d'exploration, inspection, palpation, percussion, auscultation et en groupant autour de chacune d'elles les signes constatés et en discutant la pathogénie et leur valeur diagnostique. Nous avons insisté plus particulièrement sur la matité axillaire et le skodisme qui ont constitué l'objet principal de nos recherches.

RECHERCHES CLINIQUES
SUR QUELQUES
POINTS DE SÉMIOLOGIE MÉDICALE
DU
CREUX AXILLAIRE

CHAPITRE PREMIER

A. - LIMITES DE LA RÉGION AXILLAIRE

Lignes Axillaires

En anatomie topographique, la région de l'aisselle comprend toutes les formations qui se trouvent situées en avant et en dedans de l'articulation scapulo-humérale, entre cette articulation et le thorax ; elle y est décrite comme une région appartenant au membre supérieur et on lui assigne la forme d'une pyramide quadrangulaire, dont le sommet répondrait à la clavicule, la base au creux axillaire proprement dit, 4 parois circonscrivant une cavité et, enfin un contenu vasculo-nerveux.

Ainsi considérée, l'anatomie de l'aisselle prend une importance de premier ordre pour le chirurgien, pour lequel il importe beaucoup une description méthodique lui

permettant de se retrouver au cours des opérations et de reconnaître les différents muscles, vaisseaux et nerfs qu'il rencontre. Mais il n'en est plus de même pour la clinique médicale où l'aisselle n'offre d'intérêt que quant à ses rapports avec les organes intra-thoraciques, plèvres et poumons. Nous étudierons donc l'anatomie de l'aisselle au point de vue médical en la décrivant comme une région appartenant, non plus au membre supérieur, mais à la partie latérale du thorax et en rapport étroit avec les plèvres et les poumons.

Nous aurons soin de mettre en relief toutes les particularités et tous les détails anatomiques de la région qui peuvent avoir trait aux organes intra-thoraciques.

D'abord la connaissance de quelques lignes conventionnelles est indispensable pour bien délimiter notre région.

Lorsque le bras est placé en abduction forcée, l'aisselle se présente sous forme d'une gouttière limitée en dedans par le bord inférieur du grand pectoral et en dehors par le bord inférieur du grand dorsal et grand rond réunis.

Si nous traçons deux lignes tangentes à ces deux bords et se prolongeant verticalement sur la partie latérale du thorax, nous obtenons les deux lignes axillaires classiques, antérieure et postérieure.

Entre ces deux lignes, nous pouvons tracer une troisième, ayant la même direction que les précédentes et prenant naissance au fond du creux axillaire, c'est la ligne axillaire moyenne.

Maintenant, prenons le mamelon (qui correspond tantôt à la 4^e côte, tantôt au 4^e espace intercostal) comme point de repère ; traçons sur la paroi thoracique une ligne transversale passant par le mamelon, perpendiculaire aux lignes axillaires sus-mentionnées et se prolongeant en

arrière jusqu'à ce qu'elle rencontre la ligne axillaire postérieure : à cette ligne nous donnons le nom de *mamelonnaire transverse*.

Ensuite, nous traçons parallèlement à cette dernière ligne mamelonnaire transverse, et à une distance de 3 travers de doigts au-dessous d'elle (1) une nouvelle ligne réunissant les deux lignes axillaires antérieure et postérieure. Par ces cinq lignes que nous venons de tracer, nous voyons se dessiner sur la paroi latérale du thorax deux régions, une région supérieure, siégeant au-dessus de la ligne mamelonnaire transverse et limitée par cette dernière et les 2 lignes axillaires antérieure et postérieure, et revêtant une forme presque triangulaire, c'est la *région axillaire*, et au-dessous d'elle une seconde région de forme quadrangulaire limitée par les deux lignes axillaires antérieure et postérieure sur les deux côtés, la ligne mamelonnaire transverse en haut et son homologue en bas, c'est la *région sous-axillaire*.

En d'autres termes, la région axillaire en clinique médicale, ne doit pas être considérée comme une région appartenant au membre supérieur, mais comme une région faisant partie de la paroi latérale du thorax, située au-dessus de la ligne mamelonnaire transverse et entre les 2 lignes axillaires antérieure et postérieure ; elle a un aspect nettement triangulaire et le sommet de ce triangle (qui donne naissance à la ligne axillaire moyenne) est représenté par ce qu'il est convenu d'appeler pratiquement le fond du creux de l'aisselle. Au-dessous d'elle, il existe une seconde

(1) Cette ligne n'est pas arbitraire, mais comme nous verrons plus loin, elle correspond à la limite de la sonorité pulmonaire et la matité hépatique à droite, à la limite entre la sonorité pulmonaire et le tympanisme stomacal à gauche.

région, la région sous-axillaire dont l'importance sera précisée ultérieurement. (Elle renferme les scissures inter-lombaires.)

B. - EXPLORATION CLINIQUE DU CREUX AXILLAIRE

La région axillaire en clinique médicale doit être explorée par l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation.

a) *Inspection*. — Il n'y a pas lieu d'insister sur ce mode d'exploration.

b) *Palpation*. — Voici comment nous procédons : le sujet étant couché dans le décubitus dorsal et les deux bras en abduction moyenne, c'est-à-dire à angle droit par rapport au tronc, nous plaçons les deux mains profondément dans l'aisselle, en appliquant fortement la paume des mains et les quatre doigts réunis, contre la paroi latérale du thorax et en maintenant le pouce, tendu et écarté des autres doigts en l'air, de façon qu'on puisse, en observant les deux poudes, se rendre compte du degré d'ampliation de chaque héli-thorax. Ensuite nous prions le malade de respirer profondément et en observant les deux poudes, nous notons le degré d'élévation de chacun d'eux pendant les mouvements respiratoires.

A l'état normal, les 2 poudes offrent une ascension et un retrait égaux des 2 côtés. Par ce procédé, nous explorons l'ampliation thoracique au niveau du creux axillaire.

c) Pour *percuter* convenablement une aisselle, il est indispensable de se placer dans de bonnes conditions, afin d'éviter toute cause d'erreur. Voici comment nous procédons : nous percutons dans trois positions différentes, et

les résultats obtenus, nous ne tenons pas comme valables, que s'ils sont sensiblement concordants dans les trois positions.

1° Dans le *décubitus dorsal*, la tête étant légèrement élevée, nous plaçons les deux bras en abduction moyenne c'est-à-dire à angle droit par rapport au tronc. Nous percutons comparativement avec le côté sain, des régions symétriques, d'abord la région sous-axillaire du côté malade et du côté sain en commençant au niveau de la ligne mamelonnaire transverse et en continuant au-dessous de cette ligne et parallèlement à elle dans une étendue de trois travers de doigts. Cette percussion doit se faire successivement sur la ligne axillaire antérieure, moyenne et postérieure.

Ensuite, nous dépassons la ligne mamelonnaire transverse et nous percutons la région axillaire proprement dite ; ici à mesure que nous approchons du sommet, nous changeons la direction du doigt qui devient presque perpendiculaire à la direction des côtes, et ceci à cause de la convergence des muscles limitrophes de la région.

2° Après cette première exploration, nous imprimons au patient le *décubitus latéral*, le bras fortement élevé (dans la position qu'on fait prendre au malade quand on percute la rate) et nous procédons de la même façon en percutant d'abord la région sous-axillaire, l'aisselle proprement dite ensuite et toujours, le long des trois lignes axillaires antérieure, moyenne et postérieure.

3° Enfin nous plaçons le sujet *assis* ou *debout* (suivant le cas) les deux bras élevés en haut (1) et nous percutons toujours suivant le même mode, la région sous-axillaire

(1) Suivant l'expression imagée d'un de nos malades, cette position correspondrait à l'attitude « kamarad ».

d'abord, la région axillaire ensuite et le long des trois lignes axillaires antérieure, moyenne et postérieure.

Nous conseillons d'avoir recours d'abord à la percussion légère avec un seul doigt et ensuite à la percussion forte avec les 2 doigts réunis faisant marteau ; chez les sujets fortement musclés et les obèses, l'interposition d'une couche épaisse de parties molles est susceptible de fausser les résultats fournis par la percussion, au point de donner l'illusion d'une matité de la région axillaire ou sous-axillaire, qui en réalité n'existe pas.

Pour se mettre à l'abri de cette erreur, nous conseillons : a) à l'aide du doigt percuté de la main gauche d'écraser fortement sur le thorax les parties molles et de percuter fortement l'index et de médius de la main droite étant juxtaposés et accolés. b) de percuter comparativement les régions symétriques du côté sain.

Comme nous l'avons déjà dit, nous rappelons que les résultats obtenus par la percussion de l'aisselle et de la région sous-axillaire, nous les avons tenu comme valables seulement s'ils se montraient sensiblement concordants et superposables dans les trois positions sus-mentionnées ; d'ailleurs les lignes cliniques ne se composent pas de nuances, et, leur valeur réside dans leur précision et leur netteté. Telle est la méthode d'exploration des régions axillaire et sous-axillaire par la percussion.

A l'état normal ces deux régions présentent une sonorité parfaite aussi bien à droite qu'à gauche.

Toutefois avant d'étudier quelle importance peut offrir la région axillaire au cours des affections de l'appareil respiratoire, il y a lieu de se demander si les organes contenus dans l'abdomen supérieur ne sont pas susceptibles, du fait de leur voisinage ou du fait d'altérations pathologi-

qués touchant ces mêmes organes, de fausser les résultats obtenus par la percussion du creux axillaire et induire le clinicien en erreur.

Certes, il faut compter avec trois organes, le foie, l'estomac et la rate.

1° Rapports avec le foie

A droite, on admet généralement qu'à l'état normal, le sujet étant couché et en expiration, le foie remonte jusqu'à la cinquième côte. En effet, la percussion en avant dénote de la sonorité depuis la région sous-claviculaire jusqu'à la cinquième côte comprise, et ce n'est qu'au niveau du cinquième espace intercostal que la sonorité pulmonaire diminue pour céder la place à la matité hépatique.

Sur la partie latérale du thorax, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de notre région axillaire, les choses se passent un peu différemment; tandis qu'en avant la matité hépatique commence au cinquième espace intercostal, sur le côté elle commence au sixième, et ceci à cause de l'obliquité des côtes. A ce niveau la matité hépatique se trouve séparée de la région axillaire, par une zone sonore mesurant trois travers de doigts et qui n'est autre chose que la région sous-axillaire. En somme, à droite, en allant de haut en bas, nous rencontrons successivement :

- a) la région axillaire (sonore),
- b) la région sous-axillaire (sonore et mesurant trois travers de doigts environ),
- c) la région hépatique (mate).

Les limites respectives de la région sous-axillaire et hépatique se modifient avec les mouvements respiratoires, l'inspiration faisant descendre cette limite (matité de un travers de doigt).

Par conséquent, au cours d'un processus pathologique

pulmonaire ou pleural, tant que la matité n'ait pas atteint la région sous axillaire, le foie ne pourra pas être mis hors de cause.

Cependant il se peut dans des cas pathologiques où le foie est augmenté de volume (abcès, cirrhose, kyste, etc.) que la région sous-axillaire et axillaire droite se montrent mates à la percussion, sans que la plèvre soit en jeu. Cette éventualité sera discutée plus loin.

2^e Rapports avec l'estomac

A gauche, la grosse tubérosité de l'estomac n'occupe pas une hauteur fixe, mais elle varie suivant l'état de vacuité ou de plénitude de l'organe.

La percussion d'ailleurs ne permet pas de trancher une limite précise entre la sonorité pulmonaire et le tympanisme stomacal, ce dernier se confondant insensiblement avec la sonorité pulmonaire. On peut donc admettre que pratiquement au-dessous du cinquième espace intercostal, le son fourni par la percussion appartient à la grosse tubérosité de l'estomac et qu'en conséquence la région sous-axillaire gauche offre sensiblement la même disposition, les mêmes limites et les mêmes dimensions (trois travers de doigts) que son homologue droite. Naturellement les mouvements respiratoires n'ont pas d'action cliniquement constatable sur les rapports respectifs entre la sonorité pulmonaire et le tympanisme stomacal, comme cela a lieu à droite.

Ici, somme toute, comme à droite en allant de haut en bas, nous rencontrons successivement :

- a) La région axillaire (sonore),
- b) La région sous-axillaire (sonore),
- c) La sonorité gastrique (tympanique).

3° Rapports avec la rate

Il nous reste maintenant à voir quels sont les rapports de la région axillaire avec la rate. L'anatomie normale nous enseigne que la face externe de cet organe répond aux neuvième, dixième et onzième côtes et aux espaces intercostaux correspondants. Sa circonférence, projetée sur la paroi thoracique revêt la forme d'un *ovale* irrégulier, dont le grand axe se dirige obliquement de haut en bas et en dehors, en suivant sensiblement la direction des dernières côtes. L'extrémité interne est située à 30 millimètres de la ligne médiane (apophyses épineuses) ; son extrémité externe déborde la ligne axillaire moyenne de 15-20 millimètres environ.

Chez un sujet normal, en percutant en arrière au niveau du neuvième et dixième espace intercostal en commençant 3 c. environ en dehors des apophyses épineuses (point qui correspond à l'extrémité interne de la rate) et en suivant la direction des dernières côtes on obtient une aire de matité de 5-6 centimètres de hauteur. Quoique l'extrémité externe de la rate anatomiquement arrive jusqu'à la ligne axillaire moyenne, cliniquement ce rapport doit être considéré comme inexistant, la percussion ne donnant à ce niveau aucune matité. De tout ce qui précède, il résulte que la rate, dans les conditions normales, ne peut donner lieu à aucune erreur dans l'exploration du creux axillaire.

Mais il n'est plus de même dans des cas pathologiques où la rate est augmentée de volume, au point de simuler une affection thoracique. Nous verrons plus loin, quand nous aurons précisé la valeur sémiologique de la matité axillaire, comment on pourrait envisager des cas complexes de ce genre.

4° Creux axillaire et scissures interlobaires

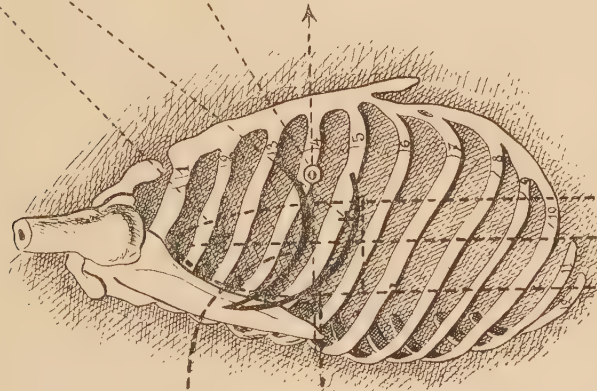
Les scissures inter-lobaires, au nombre de trois, deux à droite et une à gauche, se trouvent situées au point de vue qui nous occupe dans la région sous-axillaire.

Les figures ci-contre, empruntées à Testut et légèrement modifiées montrent : 1° qu'à droite la région sous-axillaire est limitée, en haut, par la ligne mammaire transverse, sur les côtés, par les 2 lignes axillaires antérieure et postérieure et en bas par une ligne conventionnelle réunissant ces deux dernières et correspondant à la limite entre la sonorité de la région sous-axillaire et la matité hépatique.

La région sous-axillaire ainsi limitée revêt la forme d'un quadrangle allongé dans le sens transversal, dans l'aire duquel se placent les deux scissures interlobaires : la scissure horizontale cheminant dans le quatrième espace intercostal et presque coïncidant avec la ligne mammaire transverse, ensuite la scissure oblique traversant le quadrangle d'arrière en avant et de haut en bas, suivant la diagonale.

2° A gauche, la région sous-axillaire offre les mêmes limites qu'à droite et se trouve traversée suivant sa diagonale d'arrière en avant et de haut en bas par la scissure inter-lobaire oblique. Il va sans dire que cette formule anatomique n'a rien de mathématique et qu'elle ne représente qu'une moyenne qui conviendra au plus grand nombre des cas et sera suffisante pour les exigences de la clinique.

A.



Scissure horizontale

Scissure oblique

Région axillaire

Région sous-axillaire

Mamelon

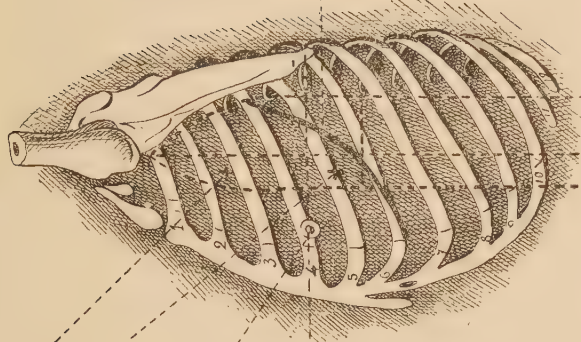
Ligne mamelonnaire transverse

Ligne axillaire antérieure

Ligne axillaire moyenne

Ligne axillaire postérieure

B.



Scissure oblique

d) AUSCULTATION DU CREUX AXILLAIRE

Il y a peu de choses à dire sur l'auscultation de la région axillaire. D'une façon générale, nous conseillons de la pratiquer au stéthoscope ou au phonendoscope en ayant soin d'écraser fortement les parties molles interposées.

L'auscultation peut se faire facilement dans n'importe quelle des trois attitudes que nous avons préconisées en parlant de la percussion, c'est-à-dire dans la position couchée, assise ou debout et le décubitus latéral. Toutefois il faut bien se garder d'interpréter comme des bruits pathologiques, des bruits surajoutés qui peuvent résulter du frottement des poils de la région sur le stéthoscope pendant les mouvements respiratoires. Quant aux renseignements que peut fournir l'auscultation de la région dans des cas pathologiques, nous nous en occuperons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

SÉMIOLOGIE DU CREUX AXILLAIRE

Dans le précédent chapitre nous avons étudié l'anatomie et les limites cliniques de la région axillaire. Nous avons vu de quelle manière il fallait appliquer les méthodes classiques d'exploration clinique à cette région et quelles étaient les différentes causes d'erreur à éviter.

Dans ce second chapitre nous étudierons la région axillaire au point de vue sémiologique.

Nous avons exploré systématiquement la région axillaire dans les différentes maladies pleuro-pulmonaires et nos recherches nous ont montré que cette région, un peu négligée par les cliniciens, est très digne d'attirer notre attention et que les signes qu'elle fournit par une exploration méthodique peuvent dans des cas complexes et embarrassants être d'un secours très précieux au diagnostic.

Il est évident qu'à chaque mode d'exploration correspondent des signes cliniques déterminés. Pour cette raison nous prendrons comme base de notre exposé les modes d'exploration classiques, à savoir, l'inspection, la

palpation, la percussion et l'auscultation, et, autour de chacune de ces méthodes d'examen, appliquée à la région axillaire, nous grouperons tous les signes cliniques qu'on peut y rencontrer.

Nous commencerons par :

1° *L'inspection.* — L'inspection de la région axillaire au cours des affections de l'appareil respiratoire ne nous a montré aucune particularité. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'y arrêter longtemps.

2° *La palpation.* — Nous avons vu dans le premier chapitre comment on doit palper la région axillaire. Les renseignements qu'elle nous a fournis, au cours des affections pleuro-pulmonaires sont de peu d'importance ; nous avons constaté dans quelques cas de pleurésie séro-fibrineuse une diminution de l'expansion de la paroi thoracique au niveau de la région axillaire. Cette diminution de l'expansion apparaît en général tardivement, au moment où les signes liquidariens sont évidents et elle est loin d'être constante.

Pour ces raisons nous ne lui attachons aucune signification diagnostique. La région axillaire d'ailleurs peut, au même titre que n'importe quelle autre région de la poitrine, subir une diminution de l'expansion pendant les mouvements respiratoires dès qu'un épanchement se produit dans la grande cavité pleurale.

Il en est de même pour les vibrations vocales, vis-à-vis desquelles la région axillaire se comporte de la même façon que les autres régions de la poitrine, c'est-à-dire que les vibrations sont abolies dans la pleurésie et augmentées toutes les fois que le parenchyme à son niveau pulmonaire sous-jacent est le siège d'une densification.

En somme l'inspection et la palpation de la région axil-

laire n'offrent aucune particularité au cours des affections pleuro-pulmonaires et il n'y a pas lieu d'y insister longuement.

Au contraire la percussion nous a révélé dans quelques circonstances que nous préciserons dans un instant, des modifications qui, interprétées d'une façon rationnelle peuvent prendre une grande importance au point de vue du diagnostic.

3° *La percussion de l'aisselle.* — A l'état normal le creux axillaire proprement dit et la région sous-axillaire présentent une sonorité parfaite à la percussion. Ce son normal fourni par la percussion peut, à l'état pathologique, être aboli, diminué ou exagéré.

La diminution ou l'abolition du son de percussion constitue la sub-matité et la matité, l'exagération avec un certain degré d'augmentation de sa tonalité, constitue le tympanisme ou skodisme. D'où notre division en deux chapitres : la matité axillaire et le skodisme.

a) LA MATITE AXILLAIRE

Pendant l'évolution et la convalescence d'une pneumonie, l'attention du clinicien doit être principalement dirigée sur la plèvre. Pratiquement là est le danger, la pleurésie méta-pneumonique pouvant être suivant la rapidité ou la lenteur du diagnostic un incident bénin ou une complication de haute gravité. Or, on sait combien il est difficile, surtout chez les enfants, de saisir chez un pneumonique l'apparition d'un épanchement, lorsque celui-ci demeure un certain temps de faible volume. Ainsi lorsque la pneumonie occupe la base, elle donne souvent naissance à un bloc dense, qui se traduit par une *matité franche* et qui

peut parfaitement en imposer pour un épanchement pleural surtout lorsque la température persiste ou fait des oscillations, chose qui se voit dans les pneumonies les plus légitimes. D'un autre côté les signes stéthoscopiques sont les plus trompeurs : c'est ainsi que maintes fois la ponction révèle du pus, là où existait des signes évidents d'hépatisation en évolution ou sur le retour. L'obscurité respiratoire constitue un signe de grande présomption en faveur de l'épanchement, mais sa valeur n'est pas absolue. Notamment MM. Weill et Mouriquand viennent de démontrer dans une note clinique et radiologique à la Société de Pédiatrie de Paris (mars 1913) que des foyers d'hépatisation pneumonique peuvent demeurer « silencieux » pendant tout le cours de leur évolution, ou ne se révéler que tardivement à l'oreille.

En somme ni la matité de la base, ni l'obscurité respiratoire à ce niveau ne permettent d'affirmer l'existence d'un épanchement de la grande cavité pleurale. Par contre, la constatation d'une matité dépassant la ligne axillaire postérieure et remontant jusqu'à l'aisselle constitue un signe presque infailible d'épanchement. *C'est le signe de la matité axillaire.*

Les anciens auteurs, en étudiant les signes physiques des épanchements pleuraux à leur période d'augmentation avaient signalé l'extension de la matité à l'aisselle, mais sans lui attacher l'importance qu'elle mérite. C'est à mon excellent maître, M. le Professeur Mouriquand, que revient l'honneur d'avoir le premier spécialement attiré l'attention sur ce point.

Dans un article publié dans le *Progrès Médical* en 1912 (13 juillet n° 28) d'abord, ultérieurement dans une note « Sur les complications pulmonaires des états typhoïdes

pendant l'épidémie de l'hiver 1914-1915 », il faisait ressortir la valeur diagnostique du signe de la matité axillaire :

« Si l'on percute une pneumonie de la base quelque intense qu'elle soit, il est tout à fait exceptionnel que la matité déborde vers l'aisselle et surtout contourne celle-ci et parvienne jusqu'à la face antérieure du thorax. Seules quelques pneumonies massives, rares chez l'enfant, pourraient donner ce symptôme.

« Au contraire, lorsqu'un épanchement apparaît, même lorsqu'il est encore de faible importance, la sonorité axillaire devient moins franche, puis disparaît pour faire place à une matité nette. Dans *tous les cas* où nous avons eu cette matité axillaire, la *ponction exploratrice* nous a révélé l'épanchement. Dans les cas où l'aisselle demeurait sonore, alors même que les signes généraux ou stéthoscopiques parlaient en faveur de la pleurésie, la ponction a été négative. »

C'est ce signe que nous avons surtout étudié.

Nous avons d'abord cherché à nous rendre compte quelles étaient les circonstances cliniques qui présidaient à son apparition, ensuite nous avons tenté une explication pathogénique et enfin nous nous sommes efforcé d'établir la valeur diagnostique du signe.

Pour ce faire, nous avons procédé du simple au composé. Nous avons d'abord interrogé des cas simples et typiques et ce n'est qu'en nous basant sur les constatations faites sur ces cas simples que nous avons ensuite abordé l'étude des cas plus complexes. Ainsi nous avons commencé par nous adresser à deux catégories de malades, à savoir : 1° à des malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse pure, exempte de toute complication pulmo-

naire^e et 2° à des malades atteints de pneumonie pure de la base, sans aucune complication pleurale. Nous avons soigneusement noté toutes les modifications qui surviennent d'un jour à l'autre dans la sémilogie physique et en particulier les modifications de la sonorité axillaire au cours de la pleurésie et de la pneumonie de la base. De cette façon nous avons établi quelques faits qui se rapportent à des modifications que présente la région axillaire à la percussion au cours de ces deux affections.

Nous allons étudier d'abord ces modifications du creux axillaire à la percussion au cours de la pleurésie et de la pneumonie de la base, au point de vue clinique, ensuite nous examinerons quel est le mécanisme pathogénique le plus plausible de ces modifications, et enfin avec ces éléments, les prenant comme point de départ, nous aborderons l'étude des cas complexes — où la plèvre et le poumon sont simultanément intéressés et où il est aussi difficile qu'important d'établir le rôle prédominant du poumon ou de la plèvre dans la sémilogie physique — c'est-à-dire, de la pleurésie purulente méta-pneumonique, la spléno-pneumonie, les congestions pleuro-pulmonaires, les pachypleurites, etc.

Ce chapitre comportera donc les points suivants :

- 1° L'aisselle dans la pleurésie séro-fibrineuse.
- 2° L'aisselle dans la pneumonie de la base.
- 3° Pathogénie de la matité axillaire dans la pleurésie.
- 4° Valeur diagnostique de la matité axillaire.

- I. — Pleurésie purulente méta-pneumonique.
- II. — Spléno-pneumonie de Grancher.
- III. — Congestion pleuro-pulmonaire.
- IV. — Hydro-pneumothorax.

1° L'aisselle dans la pleurésie séco-fibrineuse

Nous avons suivi de très près une dizaine de pleurétiques depuis le commencement jusqu'à la résorption complète de leur épanchement.

Nous relatons deux cas, une pleurésie droite et une pleurésie gauche à grand épanchement, qui peuvent servir de types et qui permettent de se rendre compte très facilement des modifications que présente la région axillaire, lorsqu'un épanchement vient de se produire dans la grande cavité pleurale.

PLEURÉSIE GAUCHE A GRAND ÉPANCHEMENT

OBSERVATION PERSONNELLE

9 mars 1916. — Le malade, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de courbature fébrile. Depuis deux jours, il se plaint d'un vif point douloureux situé un peu en dehors du mamelon gauche. — A l'examen : 39°. Petite aire de matité à la base gauche avec abolition des vibrations, obscurité respiratoire, égophonie et pectoriloque aphone. Cette matité occupe la partie la plus déclive de la gouttière costo-diaphragmatique et ne dépasse pas la ligne axillaire postérieure. La région axillaire et sous-axillaire sont sonores, de même l'espace de Traube. Une ponction exploratrice faite en pleine aire de matité ramène deux centimètres cubes de liquide citrin.

10 mars 1916. — La matité en arrière est beaucoup plus élevée, elle dépasse la ligne axillaire postérieure et envahit la région sous-axillaire, qui est mate, et l'aisselle, qui est sub-mate, par comparaison à celle du côté opposé.

11 mars 1916. — La température est à 39°1 le matin et à 40° le soir. La matité en arrière avec le souffle pleurétique et la limite des vibrations s'élèvent presque au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate. L'aisselle est franchement mate. Dans la région sous-claviculaire, la percussion donne une ébauche de skodisme ; l'auscultation y fait entendre des frottements pleuraux. Traube sonore.

12 mars. — Le skodisme apparaît net en avant, l'aisselle est mate, la matité est un peu plus élevée en arrière. Traube sonore.

14 mars. — Aujourd'hui, la matité en arrière remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, le skodisme a disparu en avant et est remplacé par de la matité. Le cœur est légèrement déplacé. Traube sonore.

16 mars. — La skodisme de retour est réapparu dans la région sous-claviculaire et s'étend jusqu'à l'aisselle. Les signes d'auscultation en arrière montrent que le niveau du liquide descend.

24 mars. — Depuis le 16, le skodisme en avant et de l'aisselle ont progressivement diminué et, aujourd'hui, dans ces deux régions, on ne constate que de la sub-matité. En arrière, on trouve de la matité, mais les vibrations sont perceptibles et la respiration s'entend jusqu'à la base. Une ponction exploratrice faite à la base est **négative**. Température : 37°6.

Cette observation représente une pleurésie typique à grand épanchement. Elle est typique en ce sens que nous avons affaire à une pleurésie pure exempte de toute complication pulmonaire antérieure ou intercurrente à la pleurésie ; la plèvre est libre d'adhérences et la résistance du diaphragme et du médiastin ne semblent pas modifiés par des circonstances anormales.

Dans ce cas le liquide a évolué en 15 jours ; il s'est formé en l'espace de 6 jours, est resté stationnaire (grand) pendant 4-5 jours et s'est résorbé complètement dans l'espace

de 5 jours. L'étude attentive de la sémiologie physique montre :

a) Que l'épanchement étant faible au début, la matité se cantonne en arrière et respecte la région axillaire.

b) A mesure que la quantité du liquide augmente l'aiselle subit très précocement (3^e jour) une diminution de la sonorité et le 4^e jour elle devient franchement mate alors que le niveau de l'épanchement en arrière (matité, vibration, signes d'auscultation) remonte environ jusqu'à l'angle supérieur de l'omoplate. Nous voyons par conséquent qu'au moment où l'épanchement de faible commence à devenir moyen, l'aiselle est déjà mate.

c) La matité axillaire a précédé d'un jour l'apparition du skodisme en avant.

d) Dans la période de résorption du liquide le skodisme est réapparu d'abord en avant — *skodisme de retour* — et a envahit ensuite la région axillaire.

Ayant persisté ainsi pendant 6-7 jours, il diminua progressivement et finit par disparaître laissant la place à de la sub-matité totale ; cette sub-matité persiste longtemps après la résorption complète de l'épanchement.

e) L'espace de traube est resté sonore pendant toute la durée de la maladie.

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE DROITE A GRAND ÉPANCHEMENT

OBSERVATION PERSONNELLE

V..., 41 ans.

17 mai 1916. — Le malade entre à l'hôpital pour un point de côté droit. Température : 39°2.

Matité à la base droite, mesurant environ quatre travers de doigt, avec obscurité respiratoire et abolition des vibrations. La matité dépasse la ligne axillaire postérieure et empiète sur la région sous-axillaire, qui est complètement mate. L'aisselle est sonore. Une ponction exploratrice faite à la base ramène deux centimètres cubes de liquide citrin.

18 mai. — Aujourd'hui, les signes physiques d'épanchement sont au grand complet. La matité occupe toujours la région sous-auxillaire. L'aisselle est sub-mate ; à ce niveau, l'auscultation révèle des frottements pleuraux.

20 mai. — La matité remonte environ jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. L'aisselle, qui était hier sub-mate, est aujourd'hui franchement mate. On constate du skodisme en avant, dans la région sous-claviculaire.

23 mai. — Pas de modifications nettes des signes physiques. La matité axillaire est toujours nette ; une *ponction exploratrice* faite au niveau du quatrième espace intercostal à l'aisselle ramène du liquide citrin.

24 mai. — Le skodisme est moins net ; la matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Le malade est très dyspnéique, le cœur est rapide (120°) et un peu déplacé. Une thoracentèse ramène huit cents grammes de liquide, après laquelle le skodisme paraît plus étendu en avant, mais l'aisselle persiste mate.

A partir de ce jour, l'épanchement a tendance à diminuer, comme en témoigne la plus grande étendue du skodisme de retour.

31 mai. — L'épanchement semble augmenter, la matité réapparaît en avant.

Depuis le 1^{er} jusqu'au 15 juin, les signes physiques vont en diminuant ; le skodisme de retour, après s'être maintenu pendant huit jours, a perdu progressivement sa netteté et est remplacé par de la sub-matité. Les vibrations avec le souffle descendent de niveau et correspondant environ à l'angle inférieur de l'omoplate. L'aisselle persiste toujours mate. La diurèse est très abondante (2 litres 1/2 par vingt-quatre heures).

A partir du 3 juin, des complications pulmonaires étaient survenues ; nous ne suivrons pas le malade au delà de cette date. Nous retiendrons seulement toutes les modifications de la sémilogie physique, constatées depuis le début de la pleurésie jusqu'à l'apparition des complications.

Eh bien, l'étude attentive de ces modifications montre :

a) Que déjà le premier jour de la maladie avec un épanchement peu abondant la matité dépasse la ligne axillaire postérieure et occupe la région sous-axillaire.

b) Le lendemain l'aisselle est sub-mate et au 4^e jour de la maladie, l'aisselle devient franchement mate, alors même que la matité en arrière remonte environ jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate et le skodisme fait son apparition dans la région sous-claviculaire.

Ici encore, comme dans l'observation précédente, nous voyons l'aisselle perdre sa sonorité très précocement et devenir mate au moment où l'épanchement commence à devenir un peu abondant.

A côté de cette notion de l'apparition précoce de la matité axillaire, nos observations nous ont permis de préciser quelques points relatifs à la marche des signes physiques au cours de la pleurésie. Généralement dans les

cas typiques purs, tant que l'épanchement reste de très faible volume, la matité occupe la base seulement.

Au fur et à mesure que le liquide augmente de volume, la matité franchit la ligne axillaire postérieure et envahit l'aisselle avant que la région sous-claviculaire et l'espace de Traube soient pris. La matité axillaire est souvent, mais non toujours, précédée du skodisme à ce niveau. Quand elle devient franche, le skodisme en avant la suit fidèlement en l'espace de un à deux jours, mais cette succession de la matité axillaire et du skodisme sous-claviculaire ne se fait pas toujours dans le même laps de temps :

Dans les pleurésies où la période d'augmentation est de six à huit jours, le skodisme suit la matité axillaire de un à deux jours près.

Au contraire, lorsque la période d'augmentation est de longue durée, (nous avons observé un cas où l'épanchement a mis 25 jours à se former) le skodisme sous-claviculaire apparaît beaucoup plus tardivement (12 jours dans notre cas).

Peu à peu avec les progrès du liquide, le skodisme diminue de plus en plus et finit par être complètement remplacé par de la matité qui remonte jusqu'à la clavicule. Quant à l'espace de Traube, généralement nous l'avons vu se prendre après la région claviculaire. Dans un certain nombre de cas il est resté sonore pendant toute la durée de la maladie. A ce moment l'épanchement est gros et persiste tel pendant un certain temps variable (2-5 jours en moyenne) après quoi la résorption commence.

Dans la période de résorption les signes physiques se succèdent dans le même ordre, mais en sens inverse, que

dans la période d'augmentation. L'espace de Traube redevient sonore le premier, ensuite le skodisme de retour réapparaît, persiste pendant quelques jours et après, ou bien il s'étend vers l'aisselle, ou bien il fait place à de la sub-matité, l'aisselle continuant à persister mate. Nous avons rencontré moins fréquemment le skodisme axillaire de retour ; dans la majorité des cas l'aisselle reste mate pendant toute la période de résorption et ce n'est qu'à la fin qu'elle devient skodique ou sub-mate. Elle persiste sub-mate longtemps après la résorption complète du liquide au même titre que toutes les autres régions de la poitrine. Dans un cas, nous avons vu le skodisme de retour après avoir occupé la région sous-claviculaire pendant quelques jours, la quitter, se cantonner à l'aisselle et s'étendre ensuite jusqu'à la base (*skodisme de la base*).

Que devient la matité axillaire après la thoracenthèse ? Dans deux cas, où nous avons pratiqué la thoracenthèse (900 grammes dans un cas, 1 litre 1/2 dans l'autre) la matité axillaire n'a pas été modifiée, seulement le skodisme nous a paru un peu plus étendu dans la région sous-claviculaire.

La matité axillaire a-t-elle des rapports avec la quantité du liquide ? Est-ce qu'on peut établir un rapport approximatif entre la quantité du liquide et le moment d'apparition de la matité axillaire ? Nos recherches nous ont montré qu'un tel rapport ne peut pas être établi, parce qu'il y a plusieurs facteurs qui peuvent avoir une influence sur le moment d'apparition de la matité axillaire, à savoir, l'état du poumon (congestion, poumon plongeant), adhérences anciennes, état du diaphragme, augmentation de la pression abdominale (ascite) etc., et dans chaque cas particulier il faut faire la part de cha-

que facteur ; c'est pourquoi il est difficile d'établir une règle générale pour le diagnostic de la quantité en prenant la matité axillaire comme élément d'appréciation.

Quant à la limite supérieure du liquide en arrière, la percussion et la limite des vibrations permettent d'apprécier son niveau seulement dans la période d'augmentation. Dans la phase de résorption, la percussion donne peu de renseignements parce que toute la poitrine reste sub-mate pendant longtemps. Dans ce cas, les vibrations et l'auscultation serviront comme éléments d'appréciation.

En somme, la matité dans la pleurésie suit la marche suivante :

A) Dans la *période d'augmentation* elle occupe successivement la base, l'aisselle, la région sous-claviculaire et l'espace de Traube.

B) Dans la *période de résorption* elle disparaît successivement dans l'espace de Traube, la région sous-claviculaire, l'aisselle, la base.

Comme on le voit, la matité axillaire apparaît précocement et disparaît tardivement dans la pleurésie avec grand épanchement.

Nous voulons encore insister sur un fait : dans les premiers stades de l'épanchement il nous est arrivé fréquemment dès le premier jour, de constater dans la position couchée une sub-matité axillaire qui disparaissait dans la position latérale ou assise.

Le lendemain ou le surlendemain la sub-matité ou la matité existait dans les deux positions (couchée et latérale) et disparaissait seulement dans la position assise et enfin elle finissait au bout de un à trois jours par persister nettement dans toutes les positions.

Nous pensons, sans que nous puissions le prouver

d'une façon absolument péremptoire que cette mobilité de la matité sous l'influence des changements de position, traduirait le dénivèlement de l'épanchement au niveau du creux axillaire.

2^e L'aisselle dans la pneumonie de la base

Nous venons de voir quelles sont les modifications que présente la région axillaire au cours de la pleurésie séro-fibrineuse, en dehors de toute complication pulmonaire antérieure ou intercurrente. Nous avons vu que la matité envahit précocement le creux axillaire et cette matité persiste pendant presque toute la durée de la maladie et ne disparaît que tardivement.

Nous étudierons dans le présent paragraphe les modifications que présente la région axillaire à la percussion, au cours de la pneumonie pure de la base en dehors de toute complication pleurale. Comme nous avons fait pour la pleurésie nous relatons deux cas de pneumonie de la base, une droite et une gauche, qui nous serviront de types.

PNEUMONIE DOUBLE A PRÉDOMINANCE AU NIVEAU DE LA BASE DROITE GUÉRISON

OBSERVATION PERSONNELLE

G..., 38 ans, mouleur-fondeur.

Entré le 7 juin 1916. — La maladie actuelle a débuté sept jours avant son entrée dans le service, brusquement par un grand frisson, un vif point de côté et des vomissements d'abord alimentaires, ensuite bilieux. Depuis ce jour, il souffre de son côté, toussé et expectore peu. A l'entrée, température : 39°.

Herpès labial. Pas de signe de Weill. Matité de bois à la base gauche, remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, exagération des vibrations, râles crépitants avec souffle tubaire. *Aisselle sonore*. Langue saburrale sèche. Pouls : 100 respiration : 28. Léger disque d'albumine.

9 juin. — La nuit, le malade fut agité. Température : 39°8. Dyspnée intense avec cyanose des extrémités et des lèvres. Respiration : 60°. Pouls : 124. Signes physiques invariables ; on constate un foyer du côté opposé à la partie moyenne du poumon droit (souffle avec râles crépitants fins). *Aisselle sonore*.

16 juin. — La courbe thermique présente des grandes irrégularités : 38° le matin, 40° le soir. Pas de modification des signes physiques. Respiration : 32, pouls : 108. Mauvais état des voies digestives. *Aisselle sonore*.

19 juin. — La température est entre 38° et 39°. Le malade se sent mieux, mais il est toujours dyspnéique. Respiration : 36 ; pouls : 120. Pas de modifications des signes physiques. *Aisselle sonore*.

23 juin. — Température : 37°6. L'état général est meilleur. Les signes physiques rétroèdent. *Aisselle sonore*.

28 juin. — Les signes physiques ont presque disparu. Température : 37°.

Cette observation montre : Il s'agit :

1° D'une pneumonie double de longue durée (25 jours).

2° La défervescence s'est faite en lysis.

3° Les voies digestives ont largement participé dans le tableau clinique.

4° L'aisselle est restée sonore pendant toute la durée de la maladie, alors même que le bloc d'hépatisation était assez étendu (matité jusqu'à l'angle inférieur de l'homoplate).

PNEUMONIE DE LA BASE DROITE

**Phénomènes gastro-intestinaux et méningés,
initiaux et intercurrents, délire léger**

GUÉRISON

OBSERVATION PERSONNELLE

D..., camionneur, 44 ans.

Entré le 21 mai 1916. — La veille de son entrée dans le service, le malade fut pris brusquement d'une céphalée intense suivie le lendemain de frissons et de vomissements bilieux. A l'entrée : accuse une céphalée très vive, Kernig très léger. Température : 40°. Pouls : 84. Respiration : 20.

Pas de signe de Weill. A la base droite, on constate une aire de sub-matité mesurant six travers de doigt environ au niveau de laquelle l'auscultation permet d'entendre des râles crépitants. Urines troubles, foncées avec léger disque d'albumine. Aisselle sonore.

24 mai. — La température oscille entre 40° et 40°5. Délire nocturne avec vomissements fréquents. A la base droite, on constate de la sub-matité avec râles sous-crépitaux sans souffle. Au niveau de l'aire matée, on n'a que de l'obscurité

respiratoire, et ce n'est qu'à la limite supérieure du foyer qu'on perçoit les râles sous-crépitaux. Aisselle sonore.

30 mai. — Depuis le 25, la température est tombée à 38° et elle oscille entre 38° et 39°. La céphalée persiste toujours, mais moins intense. Le Kernig a disparu.

Depuis le 27, plus de vomissements. Aujourd'hui, l'auscultation fait entendre un souffle manifestement tubaire avec râles sous-crépitaux (de retour). Aisselle sonore.

2 juin. — Température : 37°. Diminution très notable des signes physiques.

Cette observation montre :

Il s'agit :

a) D'une pneumonie de la base droite.

b) Des signes gastro-intestinaux et méningés ouvrent la scène ; aucun symptôme n'attire l'attention sur le poumon.

c) Le foyer pneumonique a donné une sub-matité qui n'a jamais dépassé la ligne axillaire postérieure.

d) Pendant toute la durée de la maladie l'aisselle est restée constamment sonore.

e) Les phénomènes gastro-intestinaux et méningés furent prépondérants pendant toute la durée de la maladie.

Et non seulement dans ces deux observations que nous rapportons, mais dans toutes nos observations de pneumonie de la base, quelle qu'elle fût l'intensité de l'hépatisation nous avons trouvé l'aisselle constamment sonore à la percussion. Dans quelques cas nous avons trouvé même de l'hypersonorité axillaire avec une hépatisation intense au niveau de la base. Ce fait ne saurait nous surprendre : quand il y a une hépatisation intense au niveau de la base, une assez grande partie du parenchyme pulmonaire est supprimée fonctionnellement.

Les parties antéro-latérales et supérieures pour suppléer à la fonction respiratoire entravée deviennent le siège d'un emphysème compensateur, ce qui explique la sonorité et même l'hyper-sonorité axillaire dans la pneumonie de la base. Ce phénomène a été vu et noté par d'autres auteurs et en particulier par Tripier. Dans ses études anatomo-cliniques (p. 305), nous lisons :

« Et d'abord il est très commun de rencontrer dans la pneumonie une hépatisation limitée aux parties postéro-inférieures du lobe, alors que les parties antéro-latérales sont le siège d'un emphysème compensateur qui passe facilement inaperçu lorsque l'attention n'est pas spécialement attirée sur ce point. Or, c'est ainsi qu'on peut avoir un tympanisme variable en haut et *surtout au niveau de la région axillaire* et des parties antéro-latérales, même lorsque l'hépatisation a atteint en arrière la partie inférieure du lobe supérieur. »

3^e Mécanisme pathogénique de la matité axillaire dans la pleurésie séro-fibrineuse

Deux faits se dégagent des observations rapportées :

Que dans la pneumonie de la base, quelle qu'elle soit, l'intensité de l'hépatisation la matité respecte d'une façon constante la région axillaire, tandis qu'au contraire dans la pleurésie séro-fibrineuse la matité axillaire apparaît très précocement et disparaît tardivement.

Or, ce fait que la matité axillaire existe dans la pleurésie et non dans la pneumonie de la base n'est pas un simple hasard, mais un phénomène qui réclame une explication.

D'abord, il y a lieu de se demander si la matité axil-

laire dans la pleurésie relève directement de l'épanchement ? Sur ce point, nous pouvons être très affirmatif, puisque toutes les fois qu'au cours de la pleurésie, nous avons eu une matité axillaire nette, la ponction exploratrice au niveau de l'aisselle nous a montré du liquide. Par conséquent, la matité axillaire précoce dans la pleurésie reconnaît comme cause directe la présence de l'épanchement à ce niveau.

Maintenant, pourquoi l'épanchement remonte si précocement du côté de l'aisselle et pourquoi il persiste à ce niveau si longtemps après le début de la résorption du liquide ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de rappeler ce qui se passe lorsqu'un épanchement se produit dans la grande cavité pleurale. C'est en étudiant les modifications créées par la formation du liquide que nous arriverons à une explication rationnelle du phénomène qui nous occupe.

Quand un épanchement se produit dans la plèvre, le liquide obéissant aux lois de la pesanteur vient se collecter à la base sur le diaphragme. Au fur et à mesure que le liquide augmente en quantité, il refoule le poumon de bas en haut et grâce à l'élasticité pulmonaire les choses peuvent aller ainsi jusqu'à une certaine limite. Mais bientôt, le liquide augmentant toujours, le poumon se trouve fixé et retenu du côté de son hile qui l'empêche de remonter plus haut et le maintient hermétiquement appliqué contre la cloison médiane. De l'autre côté (en dehors), au contraire, le poumon reste libre et le liquide peut continuer à le refouler en même temps qu'il le décolle de la paroi en s'insinuant entre cette paroi et lui. Il en résulte que le niveau du liquide monte plus vite en dehors qu'en

dedans. Si l'on ajoute à ce facteur la disposition anatomique du poulmon par rapport à la paroi, au niveau de la partie latérale du thorax, disposition très favorable à l'ascension du liquide par capillarité, on comprendra pourquoi la matité axillaire apparaît si précocement. Cette ascension précoce du liquide du côté de l'aisselle imprime à la ligne de niveau de l'épauchement une direction oblique de dehors en dedans qui n'est autre chose que la courbe de Damoiseau. En d'autres termes, la matité axillaire relève directement de la courbe de Damoiseau.

Ici, nous croyons nécessaire de nous arrêter un instant et d'insister un peu sur la courbe de Damoiseau qui est un phénomène extrêmement simple et au sujet duquel on trouve dans les livres classiques les opinions les plus contradictoires. D'un autre côté, nous aurons souvent recours à ce phénomène pour expliquer l'apparition précoce de la matité axillaire dans des circonstances cliniques que nous préciserons plus loin.

D'abord, deux mots d'historique.

DAMOISEAU, en étudiant les divers signes de pleurésie que décelait la percussion, s'aperçut que la limite supérieure de la matité revêtait une forme spéciale qui pouvait être rangée parmi les courbes du genre des sections coniques obliques, autrement dit des paraboles. Cette ligne de niveau partie de la pointe du triangle paravertébral (situé entre la colonne vertébrale et l'omoplate et dont l'extrémité inférieure correspond à la colonne au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate) remonte vers le sommet de l'aisselle pour redescendre sur la paroi anté-

rière de façon à ce que son point d'arrivée soit à peu près à la même hauteur que son point de départ. Cette courbe, qu'il est facile de délimiter par la percussion, surtout chez les enfants et les sujets maigres, a été retrouvée par tous les cliniciens.

Au sujet de sa forme, il y eut quelques divergences.

GARLAND, reprenant la partie du travail de Damoiseau où cet auteur indiquait l'infléchissement de la ligne de niveau vers la colonne vertébrale et s'appuyant sur des expériences faites sur des chiens, chez lesquels il avait injecté du plâtre dans la cavité pleurale soutient qu'elle a la forme d'une S, à branches inégales.

PITRES, avec Prioleau et Ramey, a injecté des substances solidifiables dans les plèvres de cadavres d'adulte et a comparé la forme et la disposition des moules de ces épanchements artificiels avec la distribution de la matité chez les malades atteints de pleurésie. Ils estiment que la limite supérieure d'un épanchement moyen est sensiblement horizontale en avant et sur les côtés de la poitrine.

En ce qui concerne le mécanisme de sa formation, là encore l'accord est loin d'être fait parmi les anciens auteurs.

Damoiseau ne semble pas en avoir bien compris la cause ; il a cherché à se rendre compte de la production de cette courbe expérimentalement, mais les conditions dans lesquelles il a expérimenté sont tellement défectueuses que les conclusions qu'il en a tiré peuvent être considérées comme sans valeur.

Peter croyait que la courbe de Damoiseau relevait surtout de la viscosité de l'épanchement et pour mieux faire comprendre sa pensée, il faisait une petite expérience avec deux verres contenant l'un du goudron et l'autre de

l'eau, expérience qui est relatée dans tous les traités classiques, ce qui nous dispense d'insister ici longuement.

Pitres parle de sa forme, mais non de son mécanisme de formation.

Comme on le voit, les anciens auteurs sont en désaccord manifeste au sujet de la forme et du mécanisme de production de la courbe de Damoiseau, et cette divergence d'opinions résulte de ce fait que tous, ayant expérimenté soit sur le cadavre, soit in vitro, ont immédiatement rapporté leurs constatations en clinique. Ils édifièrent de la sorte des théories plus ou moins séduisantes, mais qui ne correspondent pas à la réalité des choses.

La question fut reprise récemment par M. BARJON, qui étudia la ligne de niveau des épanchements pleuraux avec une méthode plus parfaite et plus scientifique, la radioscopie. Ses conclusions sont conformes aux lois de l'anatomie et de la physiologie. Il a établi que la courbe de Damoiseau était un phénomène purement physique dans la production duquel interviennent quatre facteurs, la pesanteur du liquide, le refoulement du poumon et son élasticité, la fixation du poumon en dedans par son hile et enfin la capillarité. Nous avons vu plus haut comment les choses se passaient, sur l'écran radioscopique la courbe de Damoiseau se présente comme une ligne oblique de dehors en dedans, dont le point le plus élevé se trouve au niveau du creux axillaire.

Elle apparaît précocement et disparaît dès que le liquide devient très abondant. Elle réapparaît pendant la période de résorption, lorsque la quantité du liquide devient suffisante pour réaliser les conditions physiques qui interviennent dans sa production.

Par conséquent, la courbe de Damoiseau et sa disposi-

tion oblique explique d'une façon rationnelle l'apparition précoce de la matité axillaire et sa disparition tardive dans la pleurésie séro-fibrineuse.

Chez les enfants, la petitesse du thorax constitue une condition éminemment favorable à l'ascension du liquide par capillarité du côté de l'aisselle.

C'est pour cette raison, que chez eux la courbe de Damoiseau (par conséquent et la matité axillaire) se manifeste d'une façon beaucoup plus précoce que chez l'adulte.

Pourquoi la matité axillaire persiste après la thoracocentèse ? Là encore la radioscopie nous répond d'une façon satisfaisante nous empruntons à M. Barjon les lignes suivantes :

« Parfois si on examine sur l'écran radioscopique un malade de suite après une ponction, même abondante (un litre), on ne voit tout d'abord aucune modification, sans doute parce que l'élasticité pulmonaire ne se récupère pas immédiatement. »

« Cela tient à ce que, au moment de la ponction, le diaphragme d'une part et le médiastin de l'autre ont bénéficié de la décompression en se rapprochant de leur situation normale, alors que le liquide, quoique diminué de volume, occupe encore la même hauteur dans le thorax. »

4^e Valeur diagnostique de la matité axillaire

Jusqu'à présent, nous avons étudié les modifications du creux axillaire à la percussion, d'une façon analytique, c'est-à-dire, dans des cas simples, types, et nous avons vu que l'aisselle reste constamment sonore au cours de la

pneumonie de la base, en dehors de toute complication pleurale, tandis qu'au contraire, dans la pleurésie séro-fibrineuse, elle devient successivement sub-mate et mate, très précocement.

En outre, nous avons vu comment on devait expliquer d'une façon rationnelle l'apparition précoce de la matité axillaire, par la courbe de Damoiseau. Cependant, il convient de faire une réserve pour quelques pneumonies du sommet : nous avons observé un certain nombre de cas de pneumonies du sommet avec matité axillaire ; mais dans tous ces cas, l'exagération des vibrations vocales, le souffle tubaire, les râles crépitants et l'absence de matité à la base et à la région sous-axillaire ne laissaient aucun doute sur l'essence du processus (hépatisation) et l'absence complète de tout épanchement.

Or, ces cas particuliers mis à part, entre les cas extrêmes pneumonie-pleurésie, il y a lieu de placer toute une série de complexes morbides mixtes, dans lesquels le poumon et la plèvre sont simultanément intéressés et à des degrés variables, et où il est de la plus haute importance de faire la part prédominante de la plèvre ou du poumon dans la sémilogie physique.

L'étude analytique nous a montré quelles étaient les modifications constatées au niveau de la région axillaire dans les cas extrêmes pneumonie-pleurésie. Prenons maintenant ces modifications comme point de départ, et essayons à l'aide de ces éléments d'aborder l'étude, pour ainsi dire synthétique, des cas intermédiaires, mixtes, faits de pneumonie et de pleurésie à la fois et à des degrés variables. C'est justement dans ces cas complexes que l'exploration du creux axillaire peut fournir des renseignements importants au point de vue du diagnostic.

Nous commençons par le cas où l'élément pneumonie et pleurésie sont très accusés, c'est-à-dire par la pleurésie purulente méta-pneumonique.

1^e Pleurésie purulente méta-pneumonique

Si l'on tient compte de tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, c'est-à-dire que la pneumonie pure de la base respecte l'aisselle correspondante, tandis que la pleurésie s'accompagne constamment de matité axillaire, il est facile de comprendre que l'envahissement de l'aisselle par la matité au cours ou dans la convalescence d'une pneumonie de la base, doit immédiatement éveiller l'idée d'un épanchement pleural qui évolue rapidement vers la purulence. Et en effet voici comment les choses se passent en clinique : un malade (adulte ou enfant) se présente à notre observation avec le tableau classique d'une pneumonie de la base ; le diagnostic en est en général facile et le rôle du médecin consiste surtout à surveiller l'évolution de la maladie et d'intervenir si des complications pleurales viennent de l'exiger. Deux cas peuvent se présenter ; ou bien la pleurésie apparaît au cours de la pneumonie avant que la défervescence se produise, ou bien elle apparaît quelques jours après cette dernière, alors que la guérison paraissait définitive. Dans le cas où la pleurésie est para-pneumonique, le diagnostic peut devenir extrêmement difficile et voici pourquoi :

Pour porter le diagnostic de pleurésie para-pneumonique, on se base sur deux éléments : la courbe thermique et les signes physiques

En ce qui concerne la première, les classiques nous

enseignent que la courbe du pneumonique est en plateau ; en réalité, rien n'est plus variable que le tracé thermique dans la pneumonie. Chez un grand nombre de malades, il existe des oscillations assez fortes de 1 à 2 degrés correspondant à des rémissions matinales, formant ainsi une véritable courbe rémittente sans qu'il y ait de complications suppuratives.

Par conséquent, au cours d'une pneumonie simple, pour ainsi dire normale, on peut parfaitement avoir une courbe à grandes oscillations.

D'un autre côté, les signes physiques sont des plus trompeurs : lorsqu'on suit de près l'évolution clinique d'un foyer pneumonique, on peut constater qu'au début, le premier signe décelable par l'examen clinique est le râle crépitant avant que le souffle et la matité aient fait leur apparition. Dans la suite, le souffle apparaît de plus en plus net et la matité s'installe peu à peu au fur et à mesure que l'hépatisation fait des progrès. Or, il nous est souvent arrivé, au cours d'une pneumonie de voir le souffle, après avoir été net pendant deux à trois jours, devenir de moins en moins manifeste et de céder enfin la place à une obscurité respiratoire très marquée en même temps que la matité devenait de plus en plus étendue, de sorte qu'au moment où l'hépatisation était très accusée, les signes physiques se résumaient en une matité de bois étendue et à de l'obscurité respiratoire à son niveau. À noter qu'à la limite supérieure ou externe du bloc hépatise, le souffle et quelques râles crépitants ou sous-crépitaux étaient encore perceptibles.

Cette obscurité ne saurait nous surprendre. MM. Weill et Mouriquand viennent de démontrer, dans une note clinique et radiologique à la Société de Pédiatrie de Paris (mars

1913), que le foyer d'hépatisation proprement dit, foyer de condensation maximum, est le plus généralement obscur et les râles et le souffle n'apparaissent qu'à la limite du foyer homogène, là où le parenchyme pulmonaire est encore relativement perméable. Avec ces signes, matité étendue de la base et obscurité respiratoire, le diagnostic avec la pleurésie, on le conçoit, devient particulièrement difficile. On nous objecterait que les vibrations thoraciques pourraient dans des cas de ce genre trancher la question. Nous pensons que les vibrations constituent un signe assez infidèle : chez les sujets gras et fortement musclés, la différence d'intensité des vibrations entre le côté sain et le côté malade est assez délicate à saisir. D'un autre côté, la présence de liquide n'est pas la condition nécessaire et exclusive de l'extinction des vibrations.

Dans les conditions normales, le frémissement pectoral a pour origine les vibrations qui se produisent pendant la phonation et le chant au niveau des cordes vocales inférieures ; ces vibrations, engendrées dans le larynx, se transmettent de proche en proche d'une part en suivant la trachée et les bronches jusqu'au parenchyme pulmonaire, d'autre part en suivant la colonne vertébrale et les côtes jusqu'à la totalité de l'enceinte thoracique. L'air contenu dans la trachée et les bronches ne prend qu'une très faible part à leur propagation. Dans la pleurésie, partout où l'épanchement est en contact avec la paroi thoracique, les vibrations sont diminuées ou abolies.

Monneret et, après lui, tous les classiques expliquent l'abolition des vibrations, par ce fait que les liquides étant mauvais conducteurs des frémissements vibratoires, les ondes laryngées, en passant du poumon dans la sérosité,

de la sérosité dans les parois thoraciques, subiraient une perte considérable. Or, les expériences de Pitres montrent le mal fondé de cette hypothèse ; d'après lui, les liquides ne sont pas de mauvais conducteurs des frémissements vibratoires, qui se propagent très aisément à travers les poches contenant des liquides, à la condition que les parois de ces poches soient modérément tendues. On pourrait alors supposer que le liquide influe dans la cavité pleurale, empêche le thorax de vibrer par son contact, même, « comme le contact de la main arrête instantanément les vibrations d'un verre de cristal ou d'une clochette d'airain ». Mais l'expérience ne confirma pas absolument cette hypothèse (1). Par conséquent, la présence d'un liquide à l'intérieur d'une caisse vibrante n'éteint pas *ipso facto* le frémissement des parois de cette caisse ; et si le frémissement pectoral est aboli dans les pleurésies, cela doit tenir à d'autres causes qu'à l'existence seule de l'épanchement colligé dans la cavité pleurale. D'après Pitres, deux conditions principales paraissent de nature à rendre compte de cette abolition. Ce sont :

1° Le refoulement du poumon, par le fait de quoi le parenchyme pulmonaire ratatiné et refoulé au-dessus de la nappe liquide ne peut pas facilement transmettre à cette dernière les vibrations qu'il reçoit du larynx ;

(1) Pitres prend un violon : quand il fait vibrer une de ses cordes, toute la caisse de l'instrument entre en vibration et la main appliquée sur un point quelconque de ses parois perçoit un frémissement très appréciable. Ensuite il le place verticalement et le remplit d'eau jusqu'aux ouvertures ménagées de son ventre ; puis, il pince une de ses cordes et constate que les vibrations sont un peu affaiblies dans le bas-fond rempli d'eau, mais elles existent sûrement partout.

2° L'augmentation de la tension intra-thoracique, qui rend les parois de la poitrine moins aptes à entrer en vibration (2).

Une autre raison encore qui porte à penser que la tension de la paroi joue un rôle de premier ordre dans l'abolition des vibrations thoraciques, c'est que ces vibrations sont toujours abolies dans la spléno-pneumonie de Grancher, dans laquelle il n'y a pas de liquide dans la plèvre, mais où le poumon hautement condensé exerce sur les parois thoraciques une pression excentrique rendant les parois de la poitrine peu aptes à entrer en vibration.

En outre, il existe une anomalie clinique, rare assurément, consistant en ce que les vibrations thoraciques sont intégralement conservées dans certains cas d'épanchements pleurétiques; Woillez Legroux, Dieulafoy, Lépine, Mlle Bouchier en ont rapporté quelques observations. Si l'explication que donne Monneret de leur abolition était exacte, elles auraient évidemment dû être abolies dans ces cas, comme elles le sont dans l'immense majorité des cas de pleurésie. Tandis que si l'on admet que le liquide épanché n'éteint les ondes vibrantes que lorsqu'il est sous une certaine tension, on peut supposer que dans les cas

(2) Cette influence de la tension exagérée de l'enceinte pectorale est démontrée par analogie dans l'expérience suivante : après avoir constaté le passage facile des vibrations à travers une poche de caoutchouc pleine d'eau, on augmente la tension des parois de cette poche en la comprimant énergiquement. Par ce seul fait, les vibrations cessent de se transmettre à la main chargée de les explorer. Le degré de la tension des parois est donc, selon toute vraisemblance, une condition essentielle de la transmission ou de la non-transmission des vibrations. Nous avons reproduit cette expérience et nous avons pu nous rendre compte de son exactitude.

publiés la tension intra-thoracique n'était pas augmentée comme elle l'est chez la plupart des porteurs d'épanchements pleurétiques de moyenne abondance, soit parce que le médiastin était d'une flaccidité anormale, soit parce que le diaphragme était inerte ou atone, soit pour toute autre raison qu'il est impossible de déterminer à la simple lecture des observations.

En somme, tous ces signes, matité, obscurité respiratoire, abolition des vibrations, qui au premier abord parlent en faveur de l'épanchement, peuvent parfaitement exister sans lui. C'est dans des cas pareils que la diminution ou la disparition complète de la sonorité axillaire peut rendre des service réels.

De même, dans les cas où la pleurésie apparaît quelques jours après la pneumonie et où les mêmes incertitudes sémiologiques se présentent, la matité axillaire prend une valeur de premier ordre. Deux observations que nous relatons et qui sont dues à l'obligeance de notre maître, le Professeur Mouriquand, montrent quelle valeur doit-on accorder à ce signe.

PLEURÉSIE PURULENTE

Méta-pneumonique

OBSERVATION DE M. MOURIQUAND

citée in *Progrès Médical*, N° 28, 1912

En 1910, dans le service de M. le Professeur Pic, que nous avions l'honneur de suppléer, entra un jeune homme de 17 ans, fébrile, profondément cachectisé. Il avait eu quelques jours auparavant une affection aiguë avec toux, qui l'avait maintenu au lit avec une température à 40°, sans expectoration caractéristique.

Depuis, la fièvre avait continué, l'amaigrissement était survenu, avec sueurs nocturnes, inappétence. Son médecin, en présence des symptômes pulmonaires et de la température oscillante, avait diagnostiqué une tuberculose, à évolution rapide, à siège basal gauche. Ce fut aussi notre première impression, notre malade avait au plus haut point le facies du tuberculeux à évolution sub-aiguë. Les signes stéthoscopiques confirmaient pleinement ce diagnostic. Il existait au niveau de la base gauche des signes cavitaires énormes avec souffle, gargouillement, tels qu'on les relève dans les localisations basilaires de la tuberculose. En avant, existait une sonorité à peu près franche ; mais la matité basale s'avancait nettement dans l'aisselle. Ce symptôme, à la vérité, pouvait aller avec le diagnostic de tuberculose caséuse.

Il retint pourtant notre attention, nous fit examiner avec soin la courbe thermique, que nous demandâmes au médecin de nous communiquer.

Cette courbe, que nous ne possédions pas à l'entrée, fut une révélation. Après un plateau de huit à neuf jours à 40°, la courbe descendait aux environs de 37°, pour se relever ensuite progressivement, aboutir au stade des oscillations que le malade présentait à son entrée dans le service. Le malade avait,

à n'en pas douter, fait une pneumonie et une pleurésie purulente à signes pseudo-cavitaires avait suivi.

Une ponction fut pratiquée et retira du pus franc. Le malade, immédiatement opéré par M. Leriche, sortait au bout de trois semaines en parfait état ayant repris plus de huit kilos.

PLEURÉSIE PURULENTE

Méta-pneumonique

OBSERVATION DE M. MOURIQUAND

citée in *Progrès Médical*, N° 23, 1912

Il s'agit d'un enfant de 3 ans, sans antécédents héréditaires dignes d'être relevés, ayant eu un frère mort récemment de broncho-pneumonie post-rubéolique.

Lui-même a joui d'une assez bonne santé jusqu'à il y a un mois, époque à laquelle il prit la rougeole. Celle-ci évolua normalement et il était en convalescence, lorsque, le 9 mai 1912, apparurent des signes d'otite (douleur, température à 40°). La douleur disparut au bout de quatre jours, mais la température persista. Un médecin le voit le 14 mai. Il porte le diagnostic de broncho-pneumonie et prescrit des bains. Malgré eux, la fièvre persiste ; aussi, pour ce, l'amène-t-on à l'hôpital.

A l'entrée, salle Sainte-Aline, le 19 mai, l'état général est mauvais, l'enfant est pâle, les lèvres sont sèches. Il existe un écoulement purulent de l'oreille droite. L'enfant tousse d'une toux sèche, un peu quinteuse. L'examen des poumons révèle une matité à la base droite, sur trois travers de doigt environ. Cette matité tourne, mais en s'atténuant sous l'aisselle, mais ne parvient pas jusqu'à la face antérieure du thorax ; à l'auscultation on a, en arrière, vers la région moyenne de l'hémi-thorax droit, un gros souffle tubaire, au-dessous quelques râles cavernuleux ; à la partie basse du thorax prédomine un peu d'obscurité.

En raison de cette matité axillaire, que nous tenons pour un excellent signe de pleurésie, nous pratiquons au niveau de la matité basale une ponction exploratrice, qui ramène 4 cm.c. 1/2 environ de liquide jaune citrin, très clair, nullement purulent, mais très fibrineux.

L'examen cyto-bactériologique montre une formule nettement polynucléaire. Ces polynucléaires présentent un protoplasme en voie d'altération. D'autre part, les préparations colorées au violet de gentiane contiennent un nombre considérable de pneumocoques très caractéristiques. Bien qu'il s'agisse pour l'instant d'un épanchement nettement fibrineux, nous annonçons avec une quasi certitude qu'en raison de la formule bactériologique et cytologique, l'épanchement deviendra purulent et qu'il est à surveiller à ce point de vue par des ponctions fréquemment renouvelées.

Le 21 mai, l'enfant est plus pâle, la température persiste aux environs de 40°. La matité basilaire droite est toujours très marquée, la matité axillaire est très nette.

Les signes d'auscultation ressemblent à ceux des jours précédents, avec une obscurité plus marquée à la base droite, le souffle pulmonique persiste, toujours intense à la région moyenne.

Le 22 et le 23, les mêmes signes locaux existent et la radioscopie montre une ombre diffuse dans l'hémithorax droit, avec obscurité plus marquée à la base. L'état général paraît pourtant meilleur. La température est tombée aux environs de 38°; le 23 au soir, la température monte à 39°2, pour atteindre 40° le 24. Estimant, malgré le peu d'accentuation des signes locaux, que cette poussée thermique correspond à la transformation purulente de l'épanchement séreux, nous faisons une nouvelle ponction exploratrice en pleine matité de la base. Cette ponction ramène quelques gouttes de pus franc, très épais, difficile à aspirer, l'épanchement paraît peu abondant « en tartine ». L'examen microscopique y montre un nombre important de pneumocoques, moins considérable néanmoins que celui relevé au premier examen (liquide citrin).

La quantité de pus paraît légère; aussi l'intervention immédiate ne s'impose pas. Le 25, des deux oreilles coulé un liquide purulent. L'état général est meilleur, mais la température persiste à 40°. Il semble néanmoins que le drainage des oreilles

ait eu le lendemain une influence favorable sur la courbe thermique, puisque celle-ci tombe à 37°2. Elle se relève d'ailleurs immédiatement le 27 et le 28. Ce jour-là, on note une persistance de la matité à la base droite, mais elle est très nettement atténuée, notamment au niveau de la région paravertébrale, qui est presque sonore. Si l'examen de la matité n'était pas poussé plus loin, on songerait à une régression des signes pleuraux.

Mais l'état général mauvais, malgré l'écoulement auriculaire, fait rechercher le pus. La matité s'accroît très nettement à mesure que l'on se rapproche de l'aisselle ; là, elle est à son maximum en un point correspondant environ à la ligne mame-lonnaire, au niveau des troisième et quatrième espaces droits. La matité axillaire s'est donc très nettement accentuée au détriment, pourrait-on dire, de la matité basale.

A ce niveau, l'auscultation n'est pourtant pas en faveur d'un épanchement pleural : il existe là un souffle assez rude avec ces râles sous-crépitants et presque cavernuleux que l'on peut interpréter comme des râles de retour de la pneumonie.

Malgré des indications stéthoscopiques, contradictoires et ne tenant compte que de la matité axillaire franche, nous faisons au niveau du point le plus mat (troisième espace) une ponction exploratrice et nous ramenons 3 à 4 centimètres cubes de pus, plus liquide qu'à notre deuxième ponction. Le malade est alors envoyé d'urgence chez M. Nové-Josserand, qui l'opère immédiatement.

L'explication de ce signe n'est pas malaisée si l'on veut bien se rappeler de ce que nous avons dit de la matité axillaire dans la pleurésie. Ici encore, le signe relevé de la courbe de Damoiseau.

En plus, si l'on tient compte de l'augmentation de poids du poumon du fait de l'hépatisation (poumon plongeant), on comprendra facilement que la courbe de Damoiseau se formera beaucoup plus précocement et la matité axillaire sera également précoce. D'ailleurs, la radioscopie confirme pleinement cette façon d'envisager les choses : le poumon étant congestionné et lourd, plonge en quelque sorte dans le liquide et le fait remonter plus facilement entre lui et la paroi.

D'un autre côté, chez les enfants, la petitesse du thorax est une condition très favorable à l'apparition précoce de la courbe de Damoiseau, ainsi que de la matité axillaire.

En somme, la matité axillaire constitue un signe de grande valeur pour le diagnostic précoce de la pleurésie purulente méta-pneumonique.

II. — La matité axillaire dans la spléno-pneumonie de Grancher

Si la constatation d'une matité axillaire, dans des cas complexes comme ceux dont nous venons de parler, offre une grande importance diagnostique, il n'en est pas moins vrai que l'absence de matité axillaire, dans quelques cas également complexes à symptomatologie hybride comme la spléno-pneumonie de Grancher, puisse constituer un signe négatif ayant une valeur diagnostique tout aussi grande qu'un signe positif.

On sait que la spléno-pneumonie est une forme de congestion pulmonaire simulant cliniquement une pleurésie avec épanchement. Voici comment les choses se passent en pratique :

On se trouve en présence d'un malade avec fièvre élevée, point de côté, et une toux quinteuse rappelant sensiblement la toux pleurale. A l'examen, on constate de la matité absolue, étendue, disparition des vibrations vocales, souffle aigre, doux, voilé, égophonie et pectoriloquée aphone. Avec cet ensemble de signes, le diagnostic de pleurésie avec épanchement ne tarde pas à être porté ; une ponction exploratrice est faite en pleine aire de matité, mais à surprise elle est négative. Alors, l'incertitude et les doutes commencent, et ce n'est qu'en s'appuyant sur l'évolution clinique ultérieure et les ponctions exploratrices répétées et constamment négatives, qu'on arrive à poser le diagnostic de spléno-pneumonie.

Comme on le voit, la spléno-pneumonie est une affirmation qui ne possède pas de signe pathognomonique à elle et dont le diagnostic ne se fait qu'à l'aide des ponctions exploratrices négatives en série, et de l'étude attentive et comparative des signes physiques entre eux. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont cherché à saisir dans l'étude des signes physiques, des caractères particuliers permettant d'arriver facilement au diagnostic. C'est ainsi qu'ils proposent, comme signes différentiels, l'absence de déformation thoracique par le procédé de Pitres (signe du cordeau) ou bien l'existence de fines crépitations peu abondantes disséminées et très fugitives.

Nous ne discuterons pas la valeur de ces signes, parce qu'ils ne rentrent pas dans notre cadre. Nous voulons seulement insister sur l'étude de la matité :

Dans l'article spléno-pneumonie de Meryet Baboneix, in (*Traité de Médecine Brouardel-Gilbert*, fasc. XXIX, p. 765), nous lisons : « Aucun caractère différentiel ne peut être tiré de l'étude de la matité, sauf en ce qui concerne les pleurésies gauches », et plus loin : « ...la persistance de la zone sonore de Traube a la plus grande valeur pour le diagnostic de la spléno-pneumonie ».

Telle n'est pas notre manière de voir ; d'après nos observations, l'étude de la matité peut être d'un secours précieux pour arriver au diagnostic de la spléno-pneumonie

D'abord, la persistance de la zone sonore de Traube, que les auteurs donnent comme signe différentiel important, constitue un signe assez infidèle, étant donné que dans les épanchements pleuraux gauches, dont la quantité atteint ou dépasse un litre, l'espace semi-lunaire reste sonore dans un tiers des cas environ ; des faits pareils ont été

observés par tous les cliniciens et sont assez évocateurs pour qu'il y ait besoin d'insister plus longuement. D'un autre côté, dans la spléno-pneumonie, quand on regarde de plus près, on peut constater que la matité en arrière remonte assez haut pour en imposer pour un épanchement assez abondant. Or, nous avons vu que dès qu'un épanchement commence à atteindre une certaine importance, l'airielle présente déjà de la sub-matité ou de la matité.

Dans la spléno-pneumonie, avec une matité étendue, qui, si elle était due à un épanchement, devrait s'accompagner au moins de sub-matité axillaire, sinon de matité franche, nous avons de la sonorité à ce niveau.

Nous sommes donc porté à attacher beaucoup plus d'importance à la persistance de la sonorité axillaire en désaccord avec l'étendue de la matité en arrière, qu'à la persistance de la zone sonore de Traube ; en outre, ce signe a l'avantage d'être applicable aussi bien dans les spléno-pneumonies gauches que dans celles du côté droit. Nous proposons de ranger la persistance de la sonorité axillaire parmi les signes de présomption en faveur de la spléno-pneumonie.

Cette façon d'envisager les choses n'est pas une simple vue de l'esprit : notre maître, M. le Professeur Mouriquand, dans une note sur « Les complications pulmonaires au cours de la dothièntérie et des états typhoïdes pendant l'épidémie de l'hiver 1914-1915 » rapporte une vingtaine de cas de complications pulmonaires d'un type spécial, qu'il a appelé la forme pseudo-pleurétique. Cliniquement, ce sont là des spléno-pneumonies et pour s'en convaincre, il suffit de lire les lignes suivantes que nous lui empruntons. Seulement, le mot « pseudo-pleurétique » a été donné à cette complication parce que le terme spléno-

pneumonie correspond à une lésion anatomique déterminée, et dans les cas rapportés par notre Maître, la vérification nécropsique n'a pas été faite, parce que la plupart des malades en ont été guéris ; mais nous répétons que, cliniquement, ce sont des spléno-pneumonies, dans le diagnostic desquelles l'absence de matité axillaire fut d'un secours précieux :

« Ce type pseudo-pleurétique nous paraît présenter un véritable intérêt pour le clinicien. Nous avons été déjà antérieurement frappé de ses particularités ; un typhique dyspnéique ou non est soumis à notre examen. L'examen du thorax montre d'un côté, rarement des deux, une immobilité relative. La matité de la base dépassant de beaucoup les limites habituelles, remonte parfois jusqu'au tiers supérieur du thorax. C'est une matité de bois, telle qu'en donnent la pleurésie ou la pneumonie massivé. Cette matité s'arrête généralement à la ligne axillaire postérieure, gagne en tout cas rarement la ligne axillaire moyenne et n'atteint pas le creux axillaire proprement dit. »

« Nous insistons sur la valeur de ce symptôme, car il nous permet avant de pousser l'examen plus loin, d'éliminer presque à coup sûr, le diagnostic d'épanchement de la grande cavité pleurale. Dans des publications antérieures, nous avons montré que l'hépatisation pneumonique dépasse exceptionnellement, par sa matité, la ligne axillaire postérieure. Dans l'immense majorité des cas, où l'aisselle fut trouvée par nous mate ou même sub-mate, la ponction exploratrice nous a révélé la présence de liquide pleural. Ce signe est parfois si précoce, que lorsque dans la pneumonie des enfants nous constatons la disparition de la sonorité axillaire et que nous ponctionnons, il nous est parfois donné de retirer un liquide encore

clair, riche en polynucléaires altérés ou en pneumocoques, et de saisir ainsi la phase séreuse d'une pleurésie méta-pneumonique qui, les jours suivants, évolue vers la purulence.

« Dans les cas que nous étudions ici, l'absence de matité axillaire est d'autant plus à considérer que les autres symptômes physiques parlent en faveur de la pleurésie.

« Dans presque tous nos cas, les vibrations se sont montrées abolies ou très atténuées, comme dans la pleurésie.

« Exceptionnellement, elles ont été égales des deux côtés. Dans un cas, au cours de l'évolution, elles furent alternativement augmentées et diminuées.

« A l'auscultation, nous avons assez rarement perçu un souffle tubaire ; lorsqu'un souffle existe, il est généralement lointain, voilé, pleurétique. Les râles fins ne sont pas constants, lorsqu'ils existent, il faut les rechercher à la limite du foyer de condensation, à sa limite supérieure ou mieux, à sa limite axillaire.

« Le bloc de condensation est généralement obscur, et les râles ne s'y montrent guère qu'au début, au moment de son installation, ou à la fin, à la période de fonte.

« Les râles, le souffle n'apparaissent qu'à la limite du foyer homogène, là où le parenchyme pulmonaire est encore relativement perméable. Dans ces foyers qui s'arrêtent à l'aisselle, la ligne axillaire est le lieu le plus favorable pour percevoir ces symptômes.

« Or, le foyer pulmonaire du type pseudo-pleurétique apparaît comme hautement condensé. Cette condensation forte semble expliquer les symptômes. Là où elle diminue, là apparaissent les signes qui dévoilent son origine pulmonaire (râles fins ou souffle).

« Tous ces signes : matité de bois, abolition des vibra-

tions, obscurité, se rapprochent, comme nous l'avons dit, si bien des signes pleurétiques, qu'au début nous ponctionnions fréquemment. Notre ponction exploratrice était généralement blanche, ou ramenait exceptionnellement quelques gouttes, indiquant l'existence d'une mince lame liquidienne trop peu importante pour déterminer les symptômes observés.

« Ce bloc d'hépatisation pulmonaire peut d'ailleurs se compliquer d'épanchement pleural. Mais dans les cas où le liquide est secondairement apparu, nous l'avons dépisté par le signe si précoce de la matité axillaire. »

A l'appui de cette façon de voir les choses, nous relatons un cas personnel de spléno-pneumonie, où l'absence de matité axillaire nous a mis sur la voie du diagnostic exact.

Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans, cultivateur de profession. Il est entré dans le service le 31 mai 1916, avec le diagnostic de point de côté ; en effet, depuis une dizaine de jours, il ressentait un vif point douloureux du côté gauche, avec frissons répétés ; il toussait un peu, mais sans avoir d'expectoration importante.

Au moment de l'entrée la température était de 39°6, et on constatait du côté gauche une matité franche, qui remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate, abolition des vibrations, obscurité respiratoire complète, souffle très léger, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. En plus, à une auscultation attentive, on percevait vers la partie supérieure de l'aïre mate, des fines crépitations très discrètes. *Traube sonore.*

La matité ne dépassait pas la ligne axillaire postérieure, *l'aisselle était parfaitement sonore.* Ce même jour,

nous pratiquâmes une ponction exploratrice, qui fut négative.

Le 6 juin (sept jours après), les signes physiques ne présentaient aucune modification. La température était à 39°7 et les jours précédents elle avait oscillé entre 39° et 40°. Une nouvelle *ponction exploratrice resta également blanche*. L'aisselle et l'espace de Traube étaient sonores.

17 juin. — Depuis le 6, la température tombe progressivement ; aujourd'hui, elle est à 37° 6. Les signes physiques ont également diminué : la matité est beaucoup moins étendue, elle remonte environ à trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. *L'aisselle est toujours sonore*. A l'auscultation, on perçoit toujours des crépitations fines, le murmure vésiculaire commence à être perçu. Le souffle existe encore, mais très discret, l'égophonie a disparu et la pectoriloquie aphone est très atténuée.

23 juin. — Température, 37°. Les signes physiques ont diminué considérablement, la respiration s'entend jusqu'à la base, le malade se considère comme guéri.

Comme on le voit, la persistance de la sonorité axillaire en discordance avec une matité en arrière remontant assez haut pour en imposer pour un épanchement moyen, constitue un signe de présomption en faveur de la spléno-pneumonie.

III. — L'aisselle dans les congestions pleuro-pulmonaires

Non seulement dans la spléno-pneumonie, mais aussi dans d'autres états morbides, qu'il n'est pas rare de rencontrer en clinique, dans lesquels le poumon et la plèvre sont

simultanément intéressés et où il serait très important de connaître la part prédominante qu'on doit assigner à la plèvre ou au poumon dans le tableau clinique, la présence ou l'absence de la matité axillaire peut aider énormément au diagnostic.

Ces formes de congestion pleuro-pulmonaire s'observent soit à titre primitif, c'est-à-dire la congestion pleuro-pulmonaire constitue la maladie toute entière, soit à titre secondaire où la congestion pleuro-pulmonaire n'est que la manifestation d'une infection générale, comme la fièvre typhoïde, par exemple. Nous avons observé un cas de congestion pleuro-pulmonaire à très longue durée. Il s'agissait d'un malade âgé de 40 ans, robuste et ayant toujours joui d'une très bonne santé.

Quelques jours avant son entrée dans le service, il fut pris d'un point douloureux dans le côté gauche avec une toux sèche, composée de petites quintes et ayant un timbre sensiblement pleural. Au moment de son entrée, la température était à 40°; au point de vue pulmonaire, on constatait une zone de matité assez étendue à la base gauche, avec abolition des vibrations vocales; cette matité dépassait à peine la ligne axillaire postérieure; les régions sous-axillaire et axillaire étaient sonores. L'auscultation ne relevait qu'une diminution très marquée du murmure vésiculaire et quelques râles sous-crépitants très fins. L'idée de pleurésie vint immédiatement dans notre esprit et nous pratiquons une ponction exploratrice, qui nous a permis de tirer très difficilement deux gouttes de liquide clair légèrement jaunâtre. Les jours suivants, la matité s'est étendue en arrière, assez haut jusqu'à l'épine de l'omoplate, les vibrations étaient très diminuées, l'obscu-

rité respiratoire très marquée et les râles sous-crépitaux extrêmement forts. L'aisselle conservait sa sonorité.

Ces signes ont persisté pendant très longtemps. La fièvre a duré cinquante-cinq jours, oscillant entre 38°5 et 39°5 et subissant de temps à autre de grosses élévations (40°). L'état général fut considérablement éprouvé. Les signes diminuèrent progressivement et, au moment de la sortie, on ne constatait que de la matité et de l'obscurité respiratoire. L'aisselle, pendant toute la durée de la maladie, est restée sonore. Ce cas montre qu'on ait eu affaire à une congestion pleuro-pulmonaire, dans laquelle la part du poumon fut prédominante et où la plèvre avait réagi par la formation d'une mince lame de liquide (deux gouttes à la ponction), mais trop peu importante pour déterminer les symptômes observés. La persistance de la sonorité axillaire et les râles sous-crépitaux nous ont permis, dans ce cas, de mettre la participation de la plèvre au second plan.

IV. — L'aisselle dans l'hydro-pneumothorax

Quelles sont les modifications que peut présenter la région axillaire dans les cas d'épanchement hydro-aérique de la plèvre, nous ne savons pas, parce que nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer depuis que notre attention a été attirée sur cette région. Toutefois, étant donné que, dans les cas de ce genre, le niveau du liquide est presque horizontal et que la courbe de Damoiseau ne se forme pas, il est très probable que l'aisselle reste sonore, à moins, naturellement, d'une très grande abondance de liquide

b.) — LE SKODISME

— En étudiant la marche des signes physiques au cours de la pleurésie séro-fibrineuse, nous avons vu (page 34) que la matité axillaire, assez souvent était précédée du skodisme à ce niveau, et que, cette matité axillaire une fois installée définitivement, l'apparition du skodisme dans la région sous-claviculaire lui suivait fidèlement en l'espace de un à deux jours près.

Ce signe est constant dans la proportion de neuf sur dix chez les pleurétiques, et constitue, selon nous, un excellent signe d'épanchement pleural, pouvant être d'un secours très précieux au clinicien, à condition qu'on se donne la peine de le chercher. Cependant, dans les traités classiques modernes, on ne lui consacre que quelques lignes, le reléguant ainsi au rang d'un signe secondaire et sans grande importance.

Quand on consulte les écrits de grands maîtres, tels que les ouvrages de Skoda, Woillez, Trousseau, Guttman, Tripier, etc., on se trouve en présence des opinions les plus contradictoires et des conceptions, touchant la pathogénie du signe, les plus variées.

Ayant étudié le skodisme avec beaucoup de soin, et ayant lu un grand nombre de documents bibliographiques se rapportant à lui, nous avons pensé qu'il ne serait pas en dehors de notre sujet de résumer dans un paragraphe spécial tout ce qui nous a été suggéré par l'étude de ce signe.

D'abord, il est indispensable de s'entendre sur le terme ; qu'est-ce qu'on doit comprendre par le mot skodisme ?.

Ce serait une erreur de croire que les termes tympanisme et skodisme sont synonymes. En France, depuis

Laënnec, le mot tympanisme signifie une simple exagération d'intensité de la sonorité thoracique, comparative-ment au bruit pulmonaire normal de percussion, tandis qu'au contraire le skodisme est un son sec, bref et comme superficiel, avec une exagération d'intensité et une *tonalité beaucoup plus élevée* que le son pulmonaire normal. Sans élévation de la tonalité, il n'y a pas de skodisme ; c'est là la caractéristique du signe.

Avenbrugger fut le premier à signaler le signe en question : dans son remarquable *Inventum novum* (p. 376), nous lisons : « *Verum si media pars aqua repleta fuerit, ecovabitur resonantia major in illa parte, quam aquosus humor non occupaverit* ». Après lui, Notta, deux ans avant Skoda, avait signalé une sonorité hydro-aérique circonscrite, perçue dans la pleurésie, dans le point où le poumon est en contact immédiat avec la paroi thoracique, la couche de liquide enveloppant le reste de la surface.

Skoda, enfin, a nettement indiqué ce symptôme et fourni une interprétation exacte de sa pathogénie ; Roger, en 1852, et Woillez, en 1856, ont vérifié l'observation de Skoda et fait connaître en France le nouveau signe introduit par le clinicien de Vienne dans la sémilogie des épanchements pleuraux. A ajouter encore les cliniques de TROUSSEAU, les remarquables leçons cliniques de PITRES et le précis de CASSAET.

Le skodisme est généralement très facile à mettre en évidence ; il suffit pour cela de percuter avec un peu d'attention, en prenant soin de prier le malade de tenir la bouche ouverte pendant la durée de l'exploration.

Il apparaît pendant la période d'augmentation de l'épanchement, diminue avec le progrès de celui-ci et finit par être complètement remplacé par de la matité. Il réappa-

rait dans la période de résorption du liquide (*skodisme de retour*), persiste pendant un certain temps, après quoi, ou bien il se déplace vers l'aisselle ou la base, ou bien il diminue progressivement pour faire place à de la sub-matité, qui persiste longtemps après la résorption complète de l'épanchement.

Dans la majorité des cas, il apparaît en avant, au niveau de la région sous-claviculaire, un ou deux jours après la matité axillaire, c'est-à-dire le quatrième jour environ de la maladie.

Quelquefois, la matité axillaire est précédée du *skodisme* à ce niveau. Dans les pleurésies où la période d'augmentation est de longue durée (nous avons observé un cas où l'épanchement a mis vingt-cinq jours à se former), il apparaît beaucoup plus tardivement (douze jours dans notre cas). Dans quelques cas, nous avons constaté au niveau de la région sous-claviculaire du tympanisme simple (exagération d'intensité du son de percussion) précédant l'élévation de tonalité (vrai *skodisme*). Nous soulignons ce fait, parce qu'il nous servira tout à l'heure à propos de la pathogénie du signe, quelquefois le *skodisme* peut présenter un timbre particulier rappelant le bruit de pot fêlé que l'on constate à la percussion des grandes excavations pulmonaires, et que Stokes avait signalé en 1837.

Au fur et à mesure que l'épanchement augmente, la matité refoule le *skodisme*, qui finit par disparaître complètement. A ce moment, l'épanchement est devenu gros. Au bout de deux à cinq jours en moyenne, la résorption du liquide commence, le *skodisme de retour* réapparaît en avant, persiste un temps variable et, ensuite, diminue progressivement pour être remplacé par de la sub-matité. Moins fréquemment, il s'étend vers l'aisselle, et plus rare-

ment à la base. Après la thoraceuthèse, le skodisme réapparaît en avant dans une étendue en rapport avec la quantité de liquide évacué.

Quelques auteurs, Woillez en particulier, ont décrit plusieurs variétés de sonorités sous-claviculaires dans la pleurésie, en prenant comme base l'association de l'élément intensité et de l'élément tonalité ; il a créé ainsi cinq types de sonorités sous-claviculaires, suivant la part prépondérante de l'intensité ou de la tonalité du son fourni par la percussion. Il n'est pas douteux que des circonstances diverses sont capables d'influer sur le résultat produit, telles que la rapidité ou la lenteur dans la production de l'épanchement, l'état antérieur du poumon avec plus ou moins de congestion, ou la présence de lésions tuberculeuses néoplastiques, scléreuses avec de l'emphysème à des degrés divers, etc.

Toutes ces circonstances (1) peuvent se combiner entre elles de diverses sortes pour que le poumon soit comprimé d'une manière très variable comme étendue, épaisseur et intensité, et aussi pour qu'il en résulte une très grande influence sur l'état de la partie supérieure, laquelle pourra être diversement modifiée. On comprend dès lors que la percussion puisse présenter des phénomènes variés pour ainsi dire à l'infini. Mais en pratique il n'est pas prudent de s'arrêter devant les nuances ; il vaut mieux ne s'en tenir qu'aux caractères grossiers (élévation de tonalité) signalés plus haut pour reconnaître le skodisme sans chercher à aller au-delà ; on risquerait de s'égarer dans les subtilités sans issue et sans intérêt pratique.

(1) TRIPIER, *Etudes anatomo-cliniques*, p. 357.

Est-ce que la pleurésie est la seule affection où l'on rencontre le skodisme ? Assurément non.

Skoda d'abord, puis Woillez ont étudié tout particulièrement le bruit tympanique que la percussion du thorax peut donner dans la pneumonie. Ce dernier auteur, sur quarante-neuf malades où il a recherché le tympanisme, il l'a rencontré vingt-deux fois. « Dans la plupart des cas, dit-il, la pneumonie occupant la base du poumon, *l'exagération d'intensité du son* se constatait en avant sous la clavicule du même côté que la pneumonie... Dans les pneumonies du sommet, le tympanisme a présenté ceci de remarquable que la matité existant en avant, le tympanisme occupait en arrière la fosse sus-épineuse correspondante. » Et plus loin il ajoute : « La sonorité tympanique peut se rencontrer dans le même point, avant comme après la matité thoracique qui existe dans le cours de toutes les pneumonies ». Nous avons eu l'occasion de rencontrer toutes ces éventualités ; eh bien, dans la pneumonie de la base pure, quelle qu'elle fût l'intensité de l'hépatisation, nous n'avons jamais rencontré le skodisme vrai (élévation de tonalité). Ce que nous avons vu, c'est l'exagération d'intensité du son de percussion sous la clavicule, c'est-à-dire du tympanisme simple, mais pas de skodisme. Sur ce point d'ailleurs nos observations sont conformes à celles de Woillez.

Dans la pneumonie du sommet, nous avons fréquemment rencontré le skodisme vrai, une fois en avant sous la clavicule alors même que le foyer d'hépatisation semblait plus proche de la face postérieure du poumon (le souffle s'entendait seulement en arrière), et une autre fois dans des conditions inverses, c'est-à-dire, on avait la

matité et le souffle en avant sous la clavicule et le skodisme en arrière dans la fosse sus-épineuse.

Il semblerait que le siège du skodisme dans la pneumonie du sommet serait en rapport avec la situation du foyer d'hépatisation, dans le parenchyme apical, c'est-à-dire, quand le foyer pneumonique est plus proche de la face postérieure du lobe supérieur du poumon, le skodisme apparaîtrait plus volontier en avant sous la clavicule, tandis que le bloc pneumonique étant plus près de la face antérieure on constaterait le skodisme plutôt en arrière dans la fosse sus-épineuse.

Encore nous avons rencontré le skodisme vrai au voisinage de foyers pneumoniques de la base et quelquefois en pleine hépatisation, choses d'ailleurs qui a été signalée par Woillez.

Enfin, nous avons rencontré le skodisme dans le pneumothorax partiel, et dans un cas de pachypleurite de la base.

En somme, le skodisme vrai (élévation de tonalité) s'observe presque constamment dans la pleurésie avec épanchement, très exceptionnellement dans la pneumonie pure de la base, assez fréquemment dans les pneumonies du sommet, le pneumothorax partiel et quelquefois au voisinage des foyers d'hépatisation.

Avant de discuter quelle peut être sa valeur sémiologique au cours des différentes affections de l'appareil respiratoire dans lesquelles on le rencontre, il est nécessaire d'insister un peu sur le mécanisme producteur, c'est-à-dire la pathogénie du signe.

Nous avons vu que la caractéristique essentielle du skodisme est l'augmentation de tonalité ; la physique nous enseigne que cette propriété du son est en rapport avec le

nombre des vibrations dans la seconde : plus les vibrations sont nombreuses, plus la hauteur du son est grande. D'un autre côté, la hauteur du son fourni par la mise en branle d'une caisse résonnante dépend de la masse d'air accumulée dans son intérieur.

Si la masse d'air est peu considérable, le son est aigu ; si elle est plus importante, le nombre des vibrations diminuera proportionnellement et le son baissera. En ce qui concerne l'intensité, la physique également nous apprend que cette propriété du son est en rapport avec l'amplitude des vibrations : plus les vibrations sont larges, autant le son devient intense. Mais l'amplitude des vibrations, (et par conséquent l'intensité du son fourni par une caisse résonnante, est d'autant plus grande que la masse d'air accumulée dans son intérieur est plus importante et les parois de plus en plus relâchées.

Essayons maintenant d'appliquer ces notions de physique à la clinique ; voyons si les lésions anatomiques du poumon, au cours des différentes affections dans lesquelles on constate le skodisme réalisent les conditions physiques indispensables à la production du phonémène ?

L'anatomie pathologique nous enseigne que, lorsque les parties inférieures du poumon sont annihilées par une compression plus ou moins prononcée et par des altérations inflammatoires ou autres, dont elles sont le siège, il se produit, en raison de la loi de compensation, des phénomènes respiratoires, de l'emphysème au niveau des parties antéro-supérieures ; cet emphysème existe presque constamment dans la pleurésie ; mais l'emphysème est-il capable à lui seul d'expliquer le skodisme ? Nous pensons que l'emphysème ne peut expliquer que l'augmentation d'intensité, c'est-à-dire le tympanisme simple sous la cla-

vieule, qu'on observe au cours de la pneumonie de la base, et le tympanisme qui, dans la pleurésie précède parfois le skodisme vrai : une partie emphysémateuse renferme une masse d'air plus grande qu'à l'état normal. Quand elle entre en mouvement, les vibrations ont une amplitude plus grande d'où augmentation de l'intensité. Par conséquent, l'emphysème compensateur est une lésion qui réalise les conditions physiques nécessaires pour l'augmentation de l'intensité du son.

Or, ce même emphysème n'est pas suffisant pour expliquer l'augmentation de tonalité qui caractérise le skodisme, étant donné que physiquement un son fourni par une caisse résonnante est d'autant plus aigu que la masse d'air accumulée dans son intérieur est peu importante et, nous avons vu que dans l'emphysème la masse d'air contenue dans le poumon est plus grande qu'à l'état normal.

L'emphysème offre ainsi des conditions physiques non seulement défavorables, mais inverses pour la production d'un son aigu. Et ce fait n'est pas en contradiction avec l'observation clinique qui montre qu'à dans l'emphysème la tonalité du son de percussion est généralement basse.

Si donc, l'emphysème physiquement n'explique pas l'élévation de tonalité, l'hypothèse la plus plausible est de rendre l'épanchement, directement et mécaniquement responsable de cette élévation de tonalité ; le liquide comprimant la partie inférieure du poumon, détermine un tassement du lobe supérieur, qui se trouve serré contre la nappe liquide qui le refoule vers le haut, et le dôme de l'enceinte thoracique, qui met obstacle à son refoulement. Quand il est ainsi comprimé, les alvéoles écrasés et tendus, la masse d'air diminue par rapport à l'état normal et

les conditions physiques nécessaires à l'élévation de tonalité se trouvent, de cette façon, réalisées.

La théorie mécanique du skodisme trouve dans l'observation clinique un appui puissant : elle explique pourquoi le skodisme n'existe pour ainsi dire jamais dans la pneumonie de la base tandis, qu'au contraire, il est constant dans la pleurésie : c'est que dans la pneumonie il n'y a pas d'écrasement des alvéoles. Elle explique encore pourquoi le skodisme réapparaît après la thoraceuthèse et dans une étendue en rapport avec la quantité de liquide évacué. Elle explique encore le skodisme de retour : pendant la résorption du liquide, il arrive un moment où le lobe supérieur du poumon se trouverait dans les mêmes conditions physiques que pendant la période d'augment, propres à la production du skodisme. On objecterait à la théorie mécanique le fait que, souvent, le skodisme de retour persiste longtemps, alors même que l'épanchement semble complètement ou en grande partie résorbé, ou l'existence d'eskodisme à la base. Eh bien, en regardant de près, on peut constater que dans les pleurésies à évolution rapide le skodisme de retour persiste très peu de temps et disparaît rapidement avec l'épanchement, tandis qu'au contraire, il persiste plus longtemps pourvu que la pleurésie ait été d'une durée un peu longue. Il est très vraisemblable que dans ce dernier cas, les pseudo-membranes aient eu un temps suffisant pour s'organiser en néo-membranes et d'établir des adhérences pleurales, fixant et immobilisant, en quelque sorte, le lobe supérieur ou inférieur suivant le cas, du poumon et réalisant ainsi les conditions physiques propices à la persistance du skodisme de retour.

Il reste à expliquer le mécanisme pathogénique du skodisme qu'on rencontre dans la pneumonie du sommet et au voisinage du foyer d'hépatisation.

Woillez a incriminé l'état de congestion du parenchyme pulmonaire produisant « une diminution de la béance des conduits aériens. » D'autres auteurs, partant de ce principe que les cordes et les membranes tendues donnent un son d'autant plus aigu que leurs vibrations sont plus fréquentes, et que la fréquence de ces vibrations est favorisée par l'état de plus ou moins grande tension, ont cru pouvoir rapporter aux modifications subies par le parenchyme l'élévation du son, le poumon étant d'après eux, susceptible de vibrer à l'instar d'une corde. Or, rien n'est aussi peu démontré. Le parenchyme pulmonaire est un composé de membranes extrêmement irrégulières de forme, de dimensions, de direction, variables aussi de résistance et de tension, disposées par conséquent pour se gêner mutuellement. Elles sont donc incapables de fournir un son par elles-mêmes, surtout aigu, car elles se déchireraient bien longtemps avant que fût obtenue la rigidité nécessaire à une vibration musicale, perceptible pour l'oreille. Il n'est pas douteux que la tension de l'air dans le parenchyme ait une influence marquée sur les vibrations; or, l'anatomie pathologique (1) nous enseigne que les régions skodiques dans la pneumonie du sommet et au voisinage des foyers d'hépatisation correspondent à des amas de lobules distendus et emphysémateux. N'est-il pas possible que ces lésions avec une tension exagérée réali-

(1) TRIPIER, loc. cit., p. 289.

sont les conditions physiques aptes à engendrer le skodisme ?

Quelle qu'elle soit la théorie qu'on adopte, il n'en est pas moins vrai que le skodisme existe d'une façon quasi constante dans la pleurésie. Quelle importance sémiologique faut-il lui accorder ? Peut-il nous donner des renseignements sur le volume de l'épanchement, sur la qualité du liquide. Non ? Le skodisme est un signe qui traduit l'existence d'un épanchement seulement. Quand il suit ou il accompagne la matité axillaire, ou quand il apparaît avant elle au niveau de l'aisselle et dans la suite apparaît en avant alors que l'aisselle devient mate, il y a de très grandes probabilités en faveur d'un épanchement, qu'on ait affaire à une pleurésie primitive ou secondaire, à une pneumonie, la valeur du signe reste immuable. Trousseau d'ailleurs dans ses cliniques dit textuellement :

« Tandis que ce signe ne manque presque jamais dans la pleurésie lorsque l'épanchement ne remonte pas plus haut que la quatrième côte, il ne se rencontre qu'exceptionnellement quand la pneumonie existe seule; sans complication de pleurésie ».

Le skodisme enfin constitue un des principaux signes du syndrome sus-liquidien, décrit par Pitres, auquel syndrome ce dernier auteur assigne la même pathogénie mécanique qu'au skodisme seul.

Le skodisme, en somme, avec la matité axillaire constituent une association symptomatique de très grande valeur pour le diagnostic des épanchements pleuraux. Il est bon de la connaître et d'y penser le cas échéant, parce que la pleurésie présente parfois de telles difficultés de diagnostic qu'il est prudent de ne laisser de côté aucun des symptômes, qui peuvent par leur concordance ou leur

discordance avec les autres phénomènes observés, fournir un appui quelconque au clinicien.

c) DISCUSSION

En étudiant l'anatomie et l'exploration cliniques de la région axillaire, nous avons vu que dans les conditions normales, les organes contenus dans l'abdomen supérieur n'étaient nullement susceptibles de fausser les résultats fournis par l'exploration du creux axillaire. Dans la suite nous avons vu que, toutes choses égales du côté de ces organes, une diminution de la sonorité axillaire avec ou sans skodisme, apparaissant dans les circonstances que nous avons précisé, devait éveiller l'idée d'un épanchement pleural et que dans la majorité des cas auxquels nous faisons allusion, la ponction exploratrice montrait du liquide. Pourtant nous ne voulons pas dire matité axillaire = épanchement ; il existe un certain nombre de cas dans lesquels, malgré la constatation d'une matité axillaire, il n'y a pas d'épanchement dans la plèvre. Eh bien, dirait-on, s'il y a des cas semblables, c'est que la matité axillaire ne peut pas servir à diagnostiquer la pleurésie, et on serait tenté à considérer le signe comme dénué de toute valeur !

Rien ne serait plus antiscientifique et aussi peu clinique qu'un raisonnement pareil : les signes cliniques, même ceux dont la signification est la plus solidement établie, n'ont qu'une valeur relative.

L'absolu est incompatible avec le bon sens et la prudence qu'exige la clinique. Le diagnostic d'ailleurs ne repose pas rien que sur un seul signe, mais sur un ensem-

ble de symptômes, dont chacun a une valeur relative, et, qui dans chaque cas particulier demande à être interprété en tenant compte des circonstances diverses dans lesquelles il apparaît et en tenant compte aussi des autres signes concomitants. Ce n'est que par la concordance et la saine interprétation de différents signes à valeur relative qu'on arrive à établir un diagnostic rationnel. Et il serait dangereux de procéder autrement sur un terrain aussi instable et complexe que celui de la clinique. Ceci dit, prenons ces cas particuliers et examinons-les en détail.

La première chose qu'il faut se demander c'est si un gros foie ou une grosse rate peuvent donner de la matité axillaire.

Nous avons vu qu'à l'état normal la limite supérieure de la matité hépatique constitue la limite inférieure de la région sous-axillaire. Quand le foie augmente de volume, cette augmentation porte ordinairement vers le bas, ce qui fait que l'organe dépasse les fausses côtes, c'est le cas du foie cirrhotique, du foie syphilitique, du foie cancéreux, du foie cardiaque. Au cours de ces hépatomégalies chroniques quelle qu'elle soit l'augmentation de volume du foie, il est tout à fait exceptionnel que la limite supérieure de la matité hépatique dépasse sa limite normale, de sorte que l'aisselle droite reste sonore, et si encore la matité hépatique semble reportée plus haut, cette élévation ne porte que sur un espace intercostal. Par conséquent, la constatation d'une matité dépassant la région sous-axillaire et intéressant le creux axillaire proprement dit, chez un cardiaque ou un hépatique, doit éveiller sérieusement l'idée d'un épanchement pleural ; d'ailleurs, on sait combien les pleurésies droites sont fréquentes chez les car-

diaques à la période de l'hyposystolie. Il y a cependant une cause d'erreur, rare il est vrai, mais qu'il faut connaître, c'est la pleurésie enkystée sus-diaphragmatique : un cardiaque hyposystolique avec gros foie fait un infarctus de la base droite ; on suit l'évolution de cet accident qui semble guérir. Bientôt on constate de l'obscurité respiratoire à la base droite avec matité à ce niveau, on examine l'aisselle et on la trouve mate, signes qui font penser à la possibilité d'un épanchement pleural. Si, pour vérifier le diagnostic, on pratique une ponction exploratrice, elle reste négative. Il s'agit dans ce cas d'un épanchement situé entre la face inférieure du poumon droit et le diaphragme ; cet épanchement enkysté par des adhérences, refoule le diaphragme et le foie vers l'abdomen et le poumon vers le haut en le comprimant, ce qui explique cette symptomatologie. C'est là une éventualité rare qu'on ne rencontre pas souvent mais qu'il est bon de connaître.

Autres cas. — Un épanchement ascitique qui refoule le foie et le diaphragme ne peut pas donner naissance à de la matité axillaire sans qu'il y ait épanchement pleural. Dans quelques cas d'ascite abondante qu'il nous a été donné d'observer, l'aisselle restait parfaitement sonore. D'ailleurs en admettant que la pression et le refoulement du diaphragme par le liquide péritonéal soient très intenses, il est difficile d'admettre que le désordre anatomique apporté par un épanchement ascitique très abondant puisse atteindre un tel degré au point de rendre le fond du creux axillaire franchement mat, sans qu'il y ait épanchement pleural.

Une autre éventualité d'affection hépatique simulant un épanchement pleural est constituée par les kystes hydatiques de la convexité. Ces tumeurs, suppurées ou non,

peuvent atteindre un volume considérable et refouler le poumon vers le haut en le comprimant au point d'en imposer pour un épanchement pleural dans ces cas, l'auscultation décèle de l'obscurité respiratoire avec souffle léger et la percussion montre une matité de la base remontant assez haut et tournant sous l'aisselle et l'occupant d'une façon complète. Il peut y avoir également du skodisme en avant, dans ces conditions, on le conçoit, le diagnostic devient particulièrement difficile. Pour arriver au diagnostic exact, il faudra tenir compte de la déformation de l'hypocondre droit, de la voussure des côtes et de l'élargissement des espaces intercostaux, signes qu'on n'observe pas dans les épanchements pleuraux. En outre, on cherchera les trois signes décrits par Chauffard, à savoir, le flot transthoracique (1), le ballotement sus-hépatique (2) et le frémissement transthoracique (3).

(1) On applique la main gauche à plat, en travers, sous la partie moyenne de l'hémithorax droit et avec les doigts de la main droite, on percute à petits coups sur le devant du thorax. En cas de kyste, la main gauche perçoit une sensation de vibration, de flot, dit flot transthoracique.

(2) On applique la main gauche sur le devant du thorax à la hauteur des deuxième et troisième espaces intercostaux, et, de la main droite, on accroche le bord inférieur du foie en cherchant, par une série de petites secousses, à le refouler de bas en haut ; à chaque secousse, la main gauche perçoit un choc léger qui traduit le ballotement du foie, dans le sens vertical.

(3) Le sujet étant debout, la main gauche est placée transversalement, en arrière, au-dessous de la pointe de l'omoplate, tandis qu'on percute légèrement en avant l'index droit, la cinquième et la sixième côte. En cas de kyste, on perçoit une série de petites vibrations ondulatoires, très nettes ; elles sont, du reste, perçues par le malade lui-même.

Si le doute persiste, on cherchera l'éosinophilie sanguine et la réaction de Weinberg et Parvu. Il va sans dire que la radioscopie pourra être d'un secours très précieux.

Pour finir avec le foie, il nous reste à dire deux mots sur les rapports du creux axillaire avec le signe de Lesieur. On sait que M. le Professeur Lesieur, de Lyon, a décrit, sous le nom de sub-matité rétrohépatique, une bande de sub-matité ou de matité au niveau de la base droite, qu'il considère comme un signe de début de la fièvre typhoïde ; il attribue cette sub-matité à l'hypertrophie du foie si fréquemment atteint — au moins congestivement — au cours de la dothientérie ? Ce signe existe dans la proportion de 70 p. cent chez les typhiques. Seulement pour affirmer que cette sub-matité est bien d'origine hépatique et non pulmonaire ou pleurale — les complications pleuro-pulmonaires étant très fréquentes au cours de la fièvre typhoïde — il faut parfois se livrer à une auscultation minutieuse. Dans les cas de signe de Lesieur vrai, la respiration pulmonaire pure s'entend à peu près aussi bas que chez les sujets normaux. En outre, la matité respecte constamment l'aisselle droite.

Toutes les fois que l'auscultation révèle à la base droite des signes de congestion pulmonaire si minimes soient-ils, ou une bande d'obscurité respiratoire, et surtout quand on constate que la matité tourne sous l'aisselle, il faut rejeter l'existence du symptôme et lui enlever tout au moins sa valeur diagnostique. Ce sont-là des éventualités tenant à des complications pleuro-pulmonaires qui ont été groupées par mon maître, M. le Professeur Mouriquand, sous la rubrique de « faux signes de Lesieur ».

En d'autres termes, dans le signe de Lesieur vrai, l'aisselle droite est sonore et la respiration s'entend pure jus-

qu'à la base. Si l'aisselle perd sa sonorité et l'auscultation montre des signes pulmonaires ou pleuraux on a affaire à un « faux signe de Lesieur ». Il est évident que la perte de la sonorité axillaire doit donner des fortes précomptions à la faveur d'un faux signe de Lesieur d'origine pleurale (épanchement). La ponction exploratrice d'ailleurs, confirme cette manière de voir.

Il nous reste maintenant à voir si la rate dans des conditions pathologique, est capable de fausser les résultats fournis par la percussion du creux axillaire et induire le clinicien en erreur.

Les grosses rates sont en général des tumeurs abdominales telles la rate palustre, la rate leucémique, la rate tuberculeuse, etc. Quand l'organe atteint un volume assez important il peut refouler le diaphragme et par les phénomènes intra-thoraciques, il arrive à donner naissance à des symptômes divers du côté de l'appareil respiratoire. Dans les cas de ce genre, habituellement, on arrive facilement à faire la part active ou passive de l'appareil respiratoire dans le tableau clinique.

Il y a cependant un cas qui est représenté par cette variété de kyste hydatique de la rate, le type ascendant, dans lequel ce ne sont pas les symptômes abdominaux mais les symptômes thoraciques qui dominent.

A la percussion on constate une matité qui remonte jusqu'à la quatrième, troisième côte, l'aisselle est mate, la matité existe également en arrière. Dans toutes les régions mates les vibrations thoraciques sont abolies. A l'auscultation on ne perçoit ni respiration normale, ni bruits anormaux : c'est le silence. Le cœur est dévié. Avec ces signes, on le conçoit, on ne peut se défendre contre l'idée d'un grand épanchement pleural.

On tiendra compte de la déformation de la poitrine et de sa voussure qu'on n'observe pas dans la pleurésie.

Quant à la déviation du cœur qui existe aussi bien dans la pleurésie que dans la tumeur kystique, on se rappellera qu'avec l'épanchement pleural les deux mamelons restent sensiblement sur le même niveau, tandis qu'avec le kyste, le mamelon gauche, participant à la poussée qui soulève tous les téguments, se trouve de quelques centimètres plus élevé que le mamelon droit. En outre, l'histoire de la maladie, l'examen du sang, la réaction d'efixation de Weinberg et la radioscopie pourront aider au diagnostic.

En ce qui concerne l'estomac, quand il grandit il se porte habituellement vers les parties inférieures de l'abdomen. En cas de distension excessive (aérophagie), il peut se porter vers le thorax, mais il n'intéresse pas le creux axillaire. Nous avons observé une pleurésie gauche à grand épanchement chez un aérophage. L'espace de Traube non seulement n'a pas été occupé par la matité, mais le tympanisme stomacal remontait jusqu'au deuxième espace intercostal et se confondait sensiblement avec le skodisme ; sur les côtés, le tympanisme montait jusqu'au niveau de la ligne mamelonnaire transverse au-dessus de laquelle l'aisselle était parfaitement mate. Dans ce cas la distension anormale de l'estomac avait imprimé à l'épanchement une disposition telle qu'il réalisait cette forme d'épanchement anormale à la fois suspendue et à bords échancrés, décrite par Pitres. La confusion possible du tympanisme stomacal avec le skodisme, mise à part, (chose très évitable avec un peu d'attention) le creux axillaire dans notre cas, était mat, et il y avait de l'épanchement dans la plèvre. Par conséquent, l'estomac, dans les

conditions pathologiques, ne peut pas influencer les résultats fournis par l'exploration du creux axillaire.

Tous ces cas auxquels nous faisons allusion se rapportent à des affections des organes contenus dans l'abdomen supérieur, pouvant simuler une pleurésie et nous avons vu que malgré l'existence de la matité axillaire, le diagnostic différentiel était possible si l'on tient compte des différents signes que nous avons indiqué.

Examinons maintenant si des affections thoraciques, touchant ces organes respiratoires eux-mêmes, peuvent simuler la pleurésie et où la matité axillaire ne serait pas d'un grand secours, c'est-à-dire, y a-t-il des cas dans lesquels en s'appuyant sur la matité axillaire on dirait pleurésie et la pleurésie ferait défaut? On penserait à la spléno-pneumonie de Grancher.

Mais nous avons vu que dans cette dernière l'aisselle correspondante reste sonore, ce qui, d'après nous, constitue un signe de présomption en faveur de cette affection. Il suffit de se rapporter à ce que nous avons dit à propos de cette dernière dans le précédent chapitre.

Encore une pneumonie du sommet ou de la scissure interlobaire, une pachy-pleurite cliniquement primitive ou compliquant secondairement, une pneumopathie antérieure (pneumonie, tuberculose, etc.), une sclérose pulmonaire chronique d'origine tuberculeuse, syphilitique ou autre ne sont pas susceptibles de donner de la matité à la base remontant jusqu'à l'aisselle sans qu'il ait un épanchement dans la grande cavité pleurale ?

Certainement, le fait n'est pas niable.

Mais parce qu'un signe ne peut pas trancher un cas déterminé et complexe ; est-ce une raison suffisante pour qu'il ne puisse pas trancher un autre cas aussi complexe

et aussi difficile que le premier ? Qui est celui qui pourrait soutenir qu'un même signe a toujours la même valeur ? La clinique ne nous montre pas journallement que les mêmes signes peuvent se rencontrer dans des circonstances très dissemblables et très variées et que leur valeur diagnostique n'est pas toujours la même, mais qu'elle diffère suivant les conditions qui ont présidé à leur apparition et que dans chaque cas particulier, la signification des signes constatés est un problème à part qui se pose au clinicien et qu'il doit résoudre en tenant compte de tout un ensemble de facteurs.

Pourquoi en serait-il autrement de la matité axillaire ?

Ne cherchons pas de diminuer ou exagérer la valeur sémiologique de la matité axillaire ; donnons lui sa juste signification, plaçons-la au milieu des autres signes de pleurésie et voyons quel est le bénéfice que puisse en tirer le diagnostic. Il y a des cas, nous en convenons, où malgré la matité axillaire il n'y a pas d'épanchement, et nous avons vu que dans ces cas, relevant d'une affection du foie et de la rate, à quels signes différentiels doit-on avoir recours ? Il y a des cas encore relevant d'une affection pleuro-pulmonaire, dans lesquels, malgré la matité axillaire, il n'y a pas d'épanchement et où il faudra tenir compte de l'histoire de la maladie, des autres signes physiques fournis par la palpation et l'auscultation de la radioscopie, bref, d'un ensemble de circonstances.

Mais si, dans tous ces cas que nous venons d'énumérer, la matité axillaire est d'un faible secours au diagnostic, il y en a d'autres, et ils sont nombreux, où le signe prend une importance de premier ordre : si l'on veut bien se rappeler quelle est la marche des épanchements pleuraux dans leur période d'augment, si l'on veut se rappeler que

le liquide remonte précocement, par capillarité, du côté de l'aisselle pour former la courbe de Damoiseau, qu'il est l'agent le plus probable de l'apparition du skodisme, si l'on veut tenir compte combien de fois l'apparition d'un épanchement pleural, au cours d'une pneumopathie de la base modifie le pronostic et la conduite à tenir au point de vue thérapeutique et quelles difficultés présente parfois le diagnostic d'épanchement, on ne négligera pas d'explorer le creux axillaire.

Il y a là un signe qui, apparaissant dans les circonstances que nous indiquons, doit être pris en sérieuse considération. Quand il existe seul, il y a des présomptions, quand il est précédé, accompagné ou suivi de skodisme dans la région sous-claviculaire, il y a de très grandes probabilités (sinon la certitude) qu'on ait affaire à un épanchement pleural. D'ailleurs la ponction exploratrice, dans ces circonstances nous a toujours donné raison.

IV. — L'auscultation du creux axillaire

Si l'on pratique systématiquement l'auscultation de la région axillaire dans le cours des différentes affections de l'appareil respiratoire, on s'aperçoit que l'exploration par l'oreille de cette région, dans quelques circonstances, peut être féconde en renseignements utiles au diagnostic. Comme nous l'avons fait pour la percussion, de même nous étudierons ici dans quelle mesure l'auscultation du creux axillaire peut être utile au clinicien et quels sont les signes qu'on peut y rencontrer.

a) Dans les affections à signes diffus, telles que la bronchite, l'emphysème et l'asthme, on perçoit au niveau de

l'aisselle les mêmes signes que dans les autres régions de la poitrine, sans caractères bien particuliers ; par conséquent, il n'y a pas lieu d'y insister longuement.

b) Il arrive souvent chez les personnes grasses et bien musclées, que le murmure vésiculaire devient peu perceptible au niveau du sommet, et ceci, à cause de l'épaisseur des parties molles qui séparent l'oreille du poumon. Par contre, au niveau du creux axillaire la respiration est très superficielle, une masse peu importante de parties molles s'interposant entre l'oreille et le poumon, ce qui permet de percevoir le murmure vésiculaire très distinctement.

En raison de cette superficialité de la respiration à ce niveau, nous nous sommes demandé si (dans quelques cas) l'auscultation du creux axillaire ne permettait pas de saisir d'une façon précoce les signes révélateurs de la *tuberculose pulmonaire*, avant qu'ils deviennent manifestes aux sommets.

Nos recherches n'ont pas confirmé ces prévisions : toutes les fois que nous avons eu des signes nets de tuberculose dans l'aisselle, le sommet correspondant les présentait au même degré d'intensité, sinon plus accentués. Au contraire, toutes les fois que l'auscultation des sommets ne montrait aucun signe décisif de tuberculose, à l'aisselle on ne les trouvait pas non plus.

c) Dans la pleurésie, nous avons souvent constaté des frottements au niveau du creux axillaire, soit au début de la période d'augment de l'épanchement, soit à la fin de la période de résorption.

Les frottements au niveau du creux axillaire, généralement, précèdent l'envahissement de la région par la matité, et ensuite ils apparaissent en avant dans la région sous-

claviculaire. Le contraire, on observe dans la période de résorption.

Or, quand on suit de près l'évolution d'une pleurésie, on constate que le frottement apparaît d'abord à la base en arrière et, à mesure que l'épanchement se forme, les frottements se déplacent successivement vers l'hypocondre, l'aisselle et la région sous-claviculaire. Ils constituent en quelque sorte des avant-postes de l'épanchement : ils montent, comme la ligne de niveau du liquide, jusqu'à ce que la limite la plus élevée ait été atteinte et que l'affection ait acquis son acmé. Le frottement constitue dans ce cas, non seulement un bon signe de diagnostic, puisqu'il traduit l'atteinte pleurale, mais encore un signe de pronostic, vis-à-vis de l'épanchement en lui-même, parce que sa production s'arrête dès que le frottement cesse de s'élever, puis celui-ci disparaît quand l'épanchement s'est définitivement développé.

Par conséquent, la région axillaire, siège de frottements au cours d'une pleurésie, ne doit être considérée que comme une étape dans le chemin d'ascension des frottements qui précèdent la montée du liquide. Dans la période de résorption quand il apparaît, il constitue un signe de même ordre que le souffle pleurétique et donne des indications générales similaires, à telles enseignes qu'on peut dire de l'ascension du souffle et du frottement, qu'ils sont des signes d'augment de l'épanchement, et en sens inverse, la réapparition du souffle dans la période de résorption indique une diminution du liquide, et celle du frottement, sa disparition absolue dans la grande cavité pleurale.

Quant à la pleurésie interlobaire qui siège dans la région sous-axillaire, l'auscultation ne donne pas des signes

pathognomoniques, c'est plutôt la percussion qui mettra sur la voie du diagnostic.

Comme on le voit, les signes fournis par l'auscultation du creux axillaire dans les affections précitées n'ont qu'une valeur très relative.

Il y a pourtant une affection qui doit attirer plus particulièrement notre attention, c'est la pneumonie du lobe moyen et surtout celle du lobe supérieur. *Trousseau*, dans ses cliniques, signale comme chose assez fréquente l'absence de signes physiques au cours de la pneumonie : « Les signes physiques caractéristiques de la maladie nous échappent quelquefois, soit que l'inflammation, confinée dans le milieu de l'épaisseur du poumon, reste latente, soit que nous ne les recherchions pas assez attentivement. Il vous arrivera, en effet, de les entendre seulement tout à fait dans le creux de l'aisselle ». Et nous savons que cette notion, de chercher les signes de la pneumonie à l'aisselle quand on ne les trouve pas ailleurs, transmise par les grands maîtres, aujourd'hui est devenue presque banale, surtout en médecine infantile.

Il n'y a certainement pas de clinicien qui n'ait pas vu des malades, adultes ou enfants, présentant pendant quelques jours tous les phénomènes généraux d'une pneumonie et voir apparaître les signes, traduisant l'existence d'un foyer d'hépatisation, trois, quatre jours après le début de la maladie (quelquefois au moment de la défervescence), au niveau du creux axillaire.

Pour les anciens auteurs, les cas de ce genre relevaient d'une pneumonie dont le foyer primitivement profond et « central », ne se révélait pas d'emblée à l'oreille, parce qu'il était séparé de la paroi par une épaisseur de parenchyme sain interceptant le souffle et les râles ; puis le

foyer d'hépatisation gagnait la périphérie pulmonaire et se manifestait alors nettement à l'oreille.

L'existence de la pneumonie centrale a été mise en doute d'abord par Lépine au nom de la clinique, par Tripiér ensuite au nom de l'anatomie pathologique, en ces termes : « Nous n'avons jamais observé la pneumonie centrale admise par les auteurs pour expliquer l'absence de signes de cette affection dans certains cas. En effet, toute pneumonie touche, au moins sur un point, à une surface pulmonaire. Ordinairement l'hépatisation la plus étendue est en rapport avec cette surface et par conséquent avec la plèvre où l'inflammation se continue comme dans le poumon. Il arrive même assez souvent que les parties hépatisées, non seulement sous la forme lobulaire pseudo-lobaire, mais encore sous la forme lobaire, prennent la disposition cunéiforme avec la base touchant la plèvre, tandis que le sommet est en rapport avec les vaisseaux, tout comme dans les cas d'infarctus ».

MM. Weill et Mouriquand enfin, éclairés par la radioscopie dont ils ont fait une si heureuse application, ruinent la conception de la pneumonie centrale, purement hypothétique.

Ils ont montré que, dans la grande majorité des cas, le foyer d'hépatisation au niveau de la partie moyenne du poumon et surtout au niveau du lobe supérieur, revêtait la forme d'un triangle dont la base était *toujours* corticale et généralement axillaire. Sur ce point, comme on le voit, la radiologie est d'accord avec les données anatomiques.

Ces faits ont été confirmés par Variot chez l'enfant, Pailard, Mollard et Barjon chez l'adulte.

Poursuivant leurs recherches, les auteurs précités ont

encore montré que souvent des foyers d'hépatisation, que seule la radiologie peut révéler, peuvent exister en l'absence de tout signe stéthoscopique.

Nous leur empruntons les lignes suivantes :

« Dans nombre de cas, si la pneumonie centrale n'existe pas, tout se passe cliniquement comme si elle existait. Les signes généraux évoluent pendant plusieurs jours, puis, tardivement, le souffle et les râles apparaissent. Avec les conceptions nouvelles nous expliquons ainsi ces faits : il existe d'abord une phase de pneumococcie, puis tardivement une phase de localisation pulmonaire (pneumonie). Cette conception qui paraît généralement justifiée ne l'est pas dans tous les cas ; nous parlons encore de « pneumococcie », d'infection générale dans des cas où déjà existe le foyer d'hépatisation pulmonaire, que l'auscultation ne révèle pas. Ce sont des foyers d'hépatisation « muets », généralement triangulaires, dont seule la radiologie indique la présence insoupçonnée. Ces cas qui paraissaient rares au début de nos recherches se montrent à nous de plus en plus fréquemment.

Nous pouvons même dire que dans le milieu hospitalier — en raison de l'arrivée tardive des malades — nous saisissons rarement la période transitoire d'infection pneumococcique pure, et de plus en plus les cas naguère étiquetés « pneumococcie », rentrent dans le cadre nouveau des foyers d'hépatisation « muets ». Parfois ces foyers ne sont à la vérité « muets » qu'en apparence, car, après l'examen radioscopique qui nous permet de localiser très exactement notre auscultation, celle-ci nous révèle une « diminution du murmure vésiculaire » qui nous semble un des meilleurs et des premiers symptômes d'hépatisation. Mais dans d'autres cas, le foyer cortical pneumoni-

que existe à la radioscopie et ne se révèle pas à une auscultation attentive. Parfois encore, la percussion dénote une submatité alors que la stéthoscopie ne fait rien entendre ; mais nombreux sont les cas où le foyer d'hépatisation ne se traduit au début par aucun signe clinique ».

Et, en poussant encore l'analyse, MM. Weill et Mouriquand ont montré, que dans les cas où l'on constatait des signes cliniques d'hépatisation confirmée par la radiologie il y a non superposition, mais juxtaposition des signes visuels et auditifs, c'est autour, au-dessus et au-dessous de l'image radioscopique qu'on perçoit le souffle, ce qui veut dire que l'hépatisation proprement dite donne de l'obscurité respiratoire et le souffle n'apparaît qu'à la périphérie là où le parenchyme pulmonaire est encore perméable.

A la lumière de ces faits nouveaux et si solidement établis, nous nous croyons autorisés de tirer une conclusion de sémiologie pratique. Quand on se trouve en présence d'un malade offrant tous les symptômes généraux d'une pneumonie sans signes physiques, on doit ausculter attentivement le creux axillaire.

Si l'on perçoit les signes physiques caractéristiques de la pneumonie, tous les doutes sont levés ; il s'agit d'une pneumonie du sommet ou d'une pneumonie avoisinant la scissure interlobaire. Mais si les phénomènes généraux parlent en faveur de la pneumonie et les signes physiques sont absents, il faut bien se garder d'admettre une pneumonie centrale qui n'existe pas. — (L'anatomie pathologique et la radiologie démontrent que le foyer affleure toujours la corticalité.) Avant de rejeter le diagnostic de pneumonie il faudra chercher l'obscurité respiratoire. Si elle existe, il y a de fortes présomptions pour qu'on ait

affaire à une pneumonie à foyer (toujours cortical) « *muet* » et dont les signes apparaîtront plus tard. On voit par conséquent que la constatation d'une obscurité respiratoire au niveau du creux axillaire apparaissant dans les conditions que nous venons de préciser, constitue un signe de forte présomption à la faveur d'une pneumonie du sommet.

Nous avons insisté sur ces faits parce qu'ils nous paraissent prouver qu'un phénomène en apparence insignifiant, comme la diminution du murmure vésiculaire au niveau du creux axillaire, à la lumière des faits nouveaux obtenus à l'aide de méthodes d'investigation rigoureuses, peuvent acquérir une grande importance, non seulement au point de vue théorique mais encore au point de vue sémilogique et pratique.

CONCLUSIONS

1° Au cours des différentes affections pleuro-pulmonaires l'exploration du creux axillaire peut fournir au clinicien des signes importants au point de vue diagnostic.

2° Dans la pneumonie de la base, quelle qu'elle soit l'intensité de l'hépatisation, l'aisselle correspondante reste sonore à la percussion.

3° Dans la pleurésie séro-fibrineuse, le liquide remonte par capillarité, très rapidement du côté de l'aisselle qu'il rend sub-mâte d'abord, mate ensuite, réalisant ainsi la disposition de niveau décrite par Damoiseau.

4° Au cours ou dans la convalescence d'une pneumonie de la base, l'apparition d'une sub-matité ou d'une matité axillaire, constitue un signe de grande valeur en faveur de l'épanchement : le poumon, du fait de la congestion dont il est le siège, plonge, en quelque sorte, dans le liquide pleural en formation, et le fait remonter par capillarité d'une façon très précoce du côté de l'aisselle.

La matité axillaire précoce permet ainsi de saisir tout à fait au début la production d'un épanchement qui, d'abord séreux, évoluera ensuite vers la purulence. A un diagnostic précoce correspond une thérapeutique efficace.

5° Si la matité axillaire est précédée de skodisme au

niveau de l'aisselle (éventualité rare) ou bien si, la matité axillaire s'accompagne ou est suivie de l'apparition de skodisme au niveau de la région sous-claviculaire, les probabilités en faveur de l'épanchement sont transformées en quasi certitude.

6° La persistance de la sonorité axillaire en discordance avec des signes d'épanchement moyen (qui devrait rendre l'aisselle correspondante mate) constitue un signe de présomption pour le diagnostic de spléno-pneumonie de Grancher.

7° Chez un malade qui présente des phénomènes généraux permettant de penser à une pneumonie, mais dont les signes physiques caractéristiques sont absents, la constatation d'une diminution du murmure vésiculaire au niveau du creux axillaire doit orienter le diagnostic vers la pneumonie du sommet.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
WEILL.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 18 octobre 1916.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

AVEN BRUGGER. — *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi.* (Traduit par Carvisart, Paris 1808.)

BARJON. — La courbe de Damoiseau et l'examen radioscopique des épanchements pleuraux. (Lyon Méd., 1904, I, 17 avril, p. 783.)

BARJON-COURMONT. — Variation dans la forme de la limite des épanchements pleuraux et en particulier de sa direction oblique, étudiées par l'examen radioscopique. (Lyon Méd., 1904, 3 avril, I, p. 665.)

BERTHIER. — De la congestion pulmonaire active à forme pseudo-pleurétique. (Rev. de Méd., 1891, n° 4.)

BOUILLY. — Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement. (Arch. Gén. de Méd., 1876.)

BOURDEL. — De la spléno-pneumonie. (Th. de Paris, 1886.)

M^{lle} BOURCHIER. — De la conservation des vibrations thoraciques dans les épanchements pleurétiques. (Th. de Paris, 1882.)

BOUSSEAU. — Des signes qui permettent de reconnaître l'abondance des épanchements pleurétiques. (Th. de Paris, 1879.)

BRANDHENDLER. — Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant. (Th. de Paris, 1890.)

- CASSAET.—Précis de percussion et d'auscultation. (Coll. Testut, Paris, 1906.)
- COLLET. — Précis des maladies de l'appareil respiratoire. (Coll. Testut, Paris, 1914.)
- DAMOISEAU. — Recherches cliniques sur plusieurs points du diagnostic des épanchements pleurétiques. (Arch. Gén. de Méd., octobre 1843.)
- DAMOISEAU. — Du diagnostic et du traitement de la pleurésie. (Th. de Paris, 1845.)
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. (Paris, 1911. Tome IV, p. 539, et tom. II, p. 855.)
- ELLIS. — The curved line of pleuretic effusion. (Boston Medical and surgical Journal, déc. 1876.)
- FAISANS. — Maladies des organes respiratoires. Méthodes d'exploration. Signes physiques. (Paris, Encyclopédie scientifique des aide-mémoire Léauté.)
- FISELBRAND. — Des vibrations thoraciques dans les épanchements pleurétiques. (Th. de Paris, 1874.)
- FERBER. — Die physikalischen Symptomen der Pleurëtis exsudativar. (Heidelberg, 1879.)
- GRANCHER. — De la spléno-pneumonie. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 1884, année 1883.)
- GRANCHER. — De la spléno-pneumonie chez l'enfant. (Bull. Méd., 1889, n° 39.)
- GRANCHER. — Maladies de l'appareil respiratoire. (XXXV^e leçon, p. 492.)
- GUTTMANN. — Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux. (Traduit de l'allemand par Hahn, Paris, 1877, p. 135.)
- GUYON. — Anatomie de l'aisselle. (In Dict. Encycl. de Dechambre, tom. II, Paris, 1865.)
- HEITLER. — Über die Dampffungsfigur pleurëtischer Exsudaten. (Wiener mediz. Wehnsch., 1878.)
- HIRTZ. — Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie. (Arch. de Méd., 1837, 2^e série, tom. XIII.)
- JOZAN. — De l'étude des vibrations thoraciques appliquées au diagnostic des affections de la poitrine. (Th. de Paris, 1879.)

- LEJARS. — Technique des explorations régionales. L'hypocondre droit. (Presse Médicale, n° 33, 1914.)
- LÉPINE. — Contribution à l'étude des vibrations thoraciques dans les pleurésies. (Lyon Méd., 10 août 1879, t. II, p. 501.)
- LÉPINE-BALZER. — Persistance insolite des vibrations thoraciques dans un cas d'épanchement pleurétique par suite d'adhérences anciennes. (Bull. de la Soc. de Biol., 1877, p. 44.)
- LUSCHKA. — Anatomie des Menschen. (Tübingen, 1864.)
- LUSCHKA. — Die Brustorgane des Menschen. (In ihrer Lage-Tübingen, 1857.)
- MAGDELAINE. — Les Kystes hydatiques de la rate. (Th. de Paris, 1868, v. p. 35.)
- MERY-BABONNEIX. — Spléno-pneumonie. (In Traité de Médecine Brouardel-Gilbert, Paris, 1910.)
- MONNERET. — Mémoire sur l'ondulation thoracique. (Rev. Médico-chirurgicale de Paris, 1848.)
- G. MOURIQUAND. — La compression inspiratoire du thorax. (Progress Médical, 20 janvier 1912, n° 3.)
- G. MOURIQUAND. — Sur quelques notions récentes touchant le diagnostic et le pronostic de la pneumonie infantile. (Progress Méd., 1912, n° 12.)
- G. MOURIQUAND. — La pleurésie méta-pneumonique de l'enfant. Valeur diagnostique de la matité axillaire. (Progress Médical, n° 28, 13 juillet 1912.)
- G. MOURIQUAND. — Note sur les complications pulmonaires au cours de la dothiéntérie et des états typhoïdes pendant l'épidémie de l'hiver 1914-15. (Comp. rend. de la Soc. de Méd. de Nancy, séance du 31 mars 1915.)
- NIEMEYER. — Hand Buch der theoretischen und klinischen Percussion vom thistorischen and klinischen Standpunkte. Magdeburg, 1868.)
- NOTTA. — Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique) dans le cours des épanchements pleurétiques. (Arch. de Méd., 1850, tom. XXII.)
- PAILLARD. — La topographie de la pneumonie du sommet chez l'adulte, d'après l'aspect radiologique. (Compt. rend. Soc. de Biol., Paris, 1913, séance du 25 octobre, p. 321.)

- PAILLARD. — La mobilité et les déplacements du foie à l'état normal et pathologique. (J.-M. Français, 1913, n° 4, p. 153.)
- PITRES. — Les signes physiques des épanchements pleuraux. (Leçons recueillies par Prioleau, Bordeaux 1906)
- PITRES. — De la voussure du thorax et du signe du cordeau chez les pleurétiques. (J. de Méd. de Bordeaux, 1885.)
- PAVIOT. — Précis de diagnostic médical et de sémiologie. (Paris, 1912, Coll. Testut.)
- PRIOLEAU. — Etude sur la forme des épanchements pleuraux. Moules d'épanchements obtenus par des injections de cire dans la plèvre. (Bull. de la Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, séance du 5 juin 1883.)
- PÉTRUCCI. — Des vibrations thoraciques comme élément de diagnostic dans les affections de la poitrine. (Th. de Paris, 1816.)
- QUEYRAT. — Note sur deux cas de spléno-pneumonie. (Rev. de Méd., 1886.)
- QUEYRAT. — Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire. (Rev. de Méd., 1885.)
- QUEYRAT. — De la spléno-pneumonie. (Gaz. des Hôp., 1892.)
- RAMEY. — Recherches sur les courbes de la matité dans les épanchements liquides de la plèvre. (Th. de Bordeaux, 1884.)
- ROGER. — Recherches sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion et sur le son tympanique dans les épanchements liquides de la plèvre. (Arch. de Méd., 1852, t. XXIX.)
- ROCHARD. — Topographie des scissures inter-lobaires du poumon. (Gaz. des Hôp., 1892.)
- SALLÈS. — Le signe de Lesieur. (Th. de Lyon, 1913.)
- SEIFFERT-MULLER. — Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique. (Paris, 1908, traduit de la 10^e édition allemande par le docteur Marchand.)
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine. (Paris, 1912.)
- TESTUT-JACOB. — Traité d'anatomie topographique. (Paris, 1914.)
- SKODA. — Traité de percussion et d'auscultation. (Traduit par Aran, Paris, 1854.)
- TRIPIER. — Etudes anatomo-cliniques. (Paris, 1909.)

- TROUSSEAU. — Clinique médicale. (Paris, 1873, tom. 1, p. 733 et p. 874.)
- WEIL. — Handbuch and Atlas der topographischen Percussion (Heidelberg, 1880.)
- WEILL. — Précis de médecine infantile. (Paris, 1911, Coll. Testut.)
- WEILL-MOURIQUAND. — Le triangle axillaire de la pneumonie infantile. (Soc. de Ped., 1910.)
- WEILL-MOURIQUAND. — Le triangle primitif d'hépatisation pneumonique. (Presse Méd., 1910, n° 57.)
- WEILL-MOURIQUAND. — La pneumonie infantile jugée par la radiologie. (Paris Méd., déc. 1912.)
- WEILL-MOURIQUAND. — Notes cliniques et radiologiques sur la pneumonie du nourrisson.
- WEILL-MOURIQUAND. — Les foyers d'hépatisation pneumonique « silencieux » et la radioscopie.
- WEILL-MOURIQUAND. — Les localisations pulmonaires de la pneumococie sans images radioscopie. (Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, mars 1913.)
- WEILL-THEVENOT. — La radioscopie dans la pneumonie de l'enfant. (Arch. de Méd. des enfants, 1907.)
- WILLIAMS. — The pathology and diagnosis of diseases of the chest. (London, 4^e édit., 1844.)
- WOILLEZ. — Mémoire sur le tympanisme thoracique. (Arch. Gén. de Méd., 1856, tom. VIII.)
- WOILLEZ. — Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires. (Paris, 1872.)
- WOILLEZ. — Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation. (Paris, 1879.)

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	9
---------------------------	---

CHAPITRE PREMIER

A). — <i>Limites de la région axillaire, lignes axillaires</i>	13
B). — <i>Exploration clinique du creux axillaire</i>	16
a) <i>Inspection</i>	16
b) <i>Palpation</i> . — 1° Rapports de la région axillaire avec le foie.....	19
c) <i>Percussion</i> . — 2° Rapports de la région axil- laire avec l'estomac.....	20
3° Rapports de la région axillaire avec la rate..	21
4° Creux axillaire et scissures inter-lobaires....	22
d) <i>Auscultation</i>	24

CHAPITRE DEUXIEME

<i>Semiologie du creux axillaire</i>	25
I. — <i>Inspection</i>	26
II. — <i>Palpation</i>	26
III. — <i>Percussion</i>	27
a) <i>La matité axillaire</i>	27
1° L'aisselle dans la pleurésie séro-fibrineuse...	31
2° L'aisselle dans la pneumonie de la base.....	39
3° Mécanisme pathogénique de la matité axil- laire dans la pleurésie séro-fibrineuse.....	43
4° Valeur diagnostique de la matité axillaire ..	48
I. — Pleurésie purulente méta-pneumonique....	57
II. — Spléno-pneumonie de Grancher.....	60
III. — Congestions pleuro-pulmonaires.....	66
IV. — Hydro-pneumothorax	68
b) <i>Le Skodisme</i>	69
c) <i>Discussion</i>	80
IV. — <i>Auscultation</i>	89
<i>Conclusions</i>	97
<i>Bibliographie</i>	99

